



**Célia Marisa
Almeida Lopes**

**Escala de avaliação do distúrbio de défice de
atenção/hiperactividade:**

Estudo para a aferição à população portuguesa

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Activação do Desenvolvimento Psicológico, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Cardoso Allen Gomes, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro e do Doutor Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático do Departamento de Ciências de Educação da Universidade de Aveiro

Aos Professores que participaram neste estudo. Graças à sua colaboração, foi possível mais um passo em direcção ao diagnóstico da Perturbação de Hiperactividade e Défice da Atenção

o júri

presidente

Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Doutor Carlos Fernandes da Silva
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro (Co-Orientador)

Doutora Maria João Rama Seabra Santos
Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Doutora Ana Cardoso Allen Gomes
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (Orientadora)

agradecimentos

À Professora Ana Allen Gomes, minha orientadora, que esteve atenta às minhas preocupações e dificuldades, conseguindo animar-me sempre com uma palavra amiga, em momentos de desânimo e frustração. Sem a sua sabedoria e dedicação, não teria chegado até aqui...

Ao Professor Carlos Fernandes, meu orientador, pelo seu apoio sempre que necessário. Por eu saber onde o encontrar... por estar ali...

Ao Dr. António Menezes e à Dra. Carla Ferreira (CEGOC-TEA) pela autorização para trabalhar com o instrumento EDAH e o apoio na disponibilização dos materiais para a sua administração.

À minha querida Fátima Andrade e ao Professor Jorge Costa sem os quais, não teria conseguido chegar aos mil...

À minha família, principalmente às três pessoas mais importantes no meu mundo: os meus pais e o meu querido Paulo. Graças a eles, cometi a loucura de me matricular no mestrado.

Aos meus amigos, os com “A” grande, que são para mim como uma família, que estão sempre comigo no pensamento. Tantos incentivos, tantas palavras de encorajamento, tantas provas de verdadeira amizade.

Às escolas, professores e outros profissionais que participaram, directa ou indirectamente, neste estudo.

A quem, por lapso, me tenha esquecido de referir...

A todos, bem-haja!

palavras-chave

tradução e adaptação, qualidades psicométricas, hiperactividade/impulsividade, défice da atenção, problemas de comportamento

resumo

O objectivo deste trabalho foi a tradução, adaptação e estudo de um instrumento para a avaliação da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) na população escolar portuguesa, a EDAH (*Evaluación del transtorno por Déficit de Atención con hiperactividade*), de Anna Farré Riba e Juan Narbona Garcia, 5ª Edição (2003). A EDAH é composta por 20 itens, com duas subescalas de 10 itens cada: 1. *Hiperactividade/Défice da Atenção* e 2. *Problemas de Comportamento* (PC). Por sua vez, a primeira subescala compõe-se de duas subescalas, com cinco itens cada: *Hiperactividade-impulsividade* (HP) e *Défice da Atenção* (DA). A versão final portuguesa foi administrada a 68 professores de 27 escolas, resultando numa amostra total de 1092 alunos, 551 rapazes (50,5%) e 541 raparigas (49,5%), com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, do 1º ao 6º ano escolar, contemplando um total de seis Distritos. As qualidades psicométricas do instrumento foram analisadas através das correlações item-total (corrigido), do alfa de Cronbach e os estudos de validade realizados através da Análise Factorial. Foram também incluídos postos percentílicos de referência por ano escolar, idade, sexo e globalidade. As correlações item-total (corrigido) variaram entre 0,405 e 0,825. Os valores dos coeficientes alfa de Cronbach, utilizados para avaliar a consistência interna, foram bastante satisfatórios, tanto para a escala total ($\alpha = 0,955$), como para as subescalas (HP $\alpha = 0,903$; DA $\alpha = 0,878$; PC $\alpha = 0,945$; HP+DA $\alpha = 0,906$; HP+PC $\alpha = 0,959$). Em suma, consideramos que os itens são homogéneos e todos contribuem para a consistência interna do instrumento EDAH. De forma a estudar a validade do instrumento recorremos à análise factorial, com rotação pelo método varimax. A melhor solução factorial compreendeu três factores (factor 1 - problemas de comportamento; factor 2 - hiperactividade, factor 3 - défice da atenção), que explicaram 72,63% da variância total. Os rapazes apresentaram valores medianos significativamente mais elevados do que as raparigas, tanto na escala global como nas subescalas. Foram encontradas diferenças significativas por idade em todas as subescalas, bem como para a escala total, mas apenas nas crianças de sexo masculino: as medianas apontam para reduzida sintomatologia nos rapazes de 8 anos e para uma intensificação aos 12 anos. Também foram encontradas algumas diferenças significativas por ano de escolaridade. Constatámos ainda uma forte correlação entre as subescalas de *Hiperactividade* e de *Problemas de Comportamento*. Em conclusão, os resultados obtidos apoiam a fidelidade e validade da versão portuguesa da EDAH. A análise da sintomatologia por género e a forte associação entre hiperactividade e os problemas de comportamento estão de acordo com os dados da literatura.

keywords

Questionnaire translation and adaptation, psychometric qualities, hyperactivity/impulsiveness, attention deficit, behaviour problems

abstract

The aim of the present study was to develop a Portuguese version of the EDAH scale (*Evaluación del trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad*), Anna Farré Riba e Juan Narbona Garcia, 5th Edition (2003). The EDAH comprises 20 items and two subscales, each with 10 items: 1. Hyperactivity / Attention Deficit, and 2. Conduct Problems (CP). The first subscale may also be subdivided into two subscales: Hyperactivity-Impulsivity (HP) and Attention Deficit (DA). The final Portuguese version was administrated to 68 teachers of 27 schools. The sample comprised 1092 students, 551 boys (50,5%) and 541 girls (49,5%), with ages between 6 and 12 years old, from the 1st to the 6st school grades, from six different geographic areas. The psychometric qualities of the instrument were studied using corrected item-total correlations, Cronbach alpha coefficients, and factor analysis. Percentiles values were determined for each gender, age, school year and total sample. Corrected item-total correlations ranged from .405 and .825. Cronbach alpha coefficients, for the EDAH total scale and subscales, were $\alpha = 0,955$ (total scale), $\alpha = 0,903$ (HP); $\alpha = 0,878$ (AD); $\alpha = 0,945$ (CP), $\alpha = 0,906$ (HP+AD); and $\alpha = 0,959$ (HP+CP). A factor analyses was conducted, through principal components analyses and varimax rotation. Three factors, accounting for 72.63% of the total variance, were found, which corresponded to behavioural/ conduct problems (Factor 1), hyperactivity (Factor 2), and attention deficit (Factor 3). Median scores were determined for the total scale and each subscale, and examined by gender, age, and school year. Median scores were significantly higher in boys than in girls, for the total scale and all subscales. There were significant age differences in boys for the total scale and all subscales, with lower symptoms at 8 years old and higher symptoms at 12 years old. Some significant differences by school year also emerged. There was a strong correlation between the Hyperactivity subscale and the Conduct Problem subscale. In conclusion, the results obtained so far indicate that the Portuguese version of the EDAH possesses adequate reliability and validity. The differences by gender, and the strong association among hyperactivity symptoms and conduct problems symptoms, are in accordance with the findings of the literature.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO..... | 15 |
| PARTE I - PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DA ATENÇÃO: NATUREZA E ASPECTOS FUNDAMENTAIS..... | 7 |
| CAPÍTULO 1 - PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DA ATENÇÃO: EVOLUÇÃO DO CONCEITO | 9 |
| CAPÍTULO 2 - PHDA: DIMENSÕES ESSENCIAIS, ETIOLOGIA, PREVALÊNCIA E DIFERENÇAS ENTRE SEXOS ... | 13 |
| 2.1. Sintomatologia..... | 13 |
| 2.2. Etiologia..... | 16 |
| 2.3. Prevalência..... | 18 |
| 2.4. Diferenças entre sexos..... | 22 |
| CAPÍTULO 3 - PHDA: PROBLEMAS ASSOCIADOS E COMORBILIDADE | 25 |
| 3.1. Problemas de Comportamento | 32 |
| CAPÍTULO 4 - PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DA ATENÇÃO: DIAGNÓSTICO E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO | 35 |
| PARTE II - PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DA ATENÇÃO: ESTUDO EMPÍRICO | 41 |
| CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO | 43 |
| 5.1. Problemática | 43 |
| 5.2. Conceptualização do Estudo | 45 |
| 5.3. Objectivos da Investigação..... | 46 |
| 5.4. Hipóteses de Investigação | 47 |
| 5.5. Amostra | 48 |
| 5.5.1. Plano de Amostragem..... | 48 |
| 5.5.2. Amostra..... | 49 |
| 5.6. Instrumento..... | 55 |
| 5.7. Procedimentos | 57 |
| 5.8. Análise Estatística | 61 |
| CAPÍTULO 6 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS | 63 |
| 6.1. Caracterização Psicométrica | 63 |
| 6.1.1. Análise dos itens e consistência interna | 63 |
| 6.1.2. Subescalas..... | 65 |
| 6.1.3. Relação das subescalas entre si e com a escala global | 69 |
| 6.1.4. Estrutura Factorial..... | 69 |
| 6.2. Sintomas de <i>Hiperactividade, Défice da Atenção e Problemas de Comportamento</i> | 74 |
| 6.2.1. Resultados na amostra global e por Sexo..... | 74 |
| 6.2.2. Resultados por idade e por ano de escolaridade..... | 77 |
| 6.2.3. Resultados por variáveis geográficas | 82 |
| 6.3. Valores percentílicos de referência..... | 83 |
| DISCUSSÃO..... | 101 |
| CONCLUSÕES FINAIS E SUGESTÕES PARA INTERVENÇÕES FUTURAS | 107 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 111 |
| ANEXOS..... | 122 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 Estimativa de alunos a incluir por ano e género em cada Distrito | 49 |
| Tabela 2 Distribuição absoluta e percentual da amostra escolar por idade..... | 51 |
| Tabela 3 Distribuição absoluta e percentual da amostra escolar por ano de escolaridade..... | 51 |
| Tabela 4 Distribuição absoluta e percentual da amostra escolar por Distrito. | 52 |
| Tabela 5 Distribuição absoluta e percentual da amostra por Região Geográfica. | 52 |
| Tabela 6 Distribuição absoluta e percentual da amostra por Zona Geográfica..... | 53 |
| Tabela 7 Distribuição absoluta e percentual da amostra por Zona e Região Geográfica..... | 53 |
| Tabela 8 Correlações Item Total Corrigido e Alfa de Cronbach Excluindo o Item (Itens 1 - 20) (N = 1092) | 64 |
| Tabela 9 Correlações Item Total corrigido e Alfa de Cronbach Excluindo o Item Subescala HP (5 Itens) (N = 1092) | 66 |
| Tabela 10 Correlações Item Total Corrigido e Alfa de Cronbach Excluindo o Item Subescala DA (5 Itens) (N = 1092) | 67 |
| Tabela 11 Correlações Item Total Corrigido e Alfa de Cronbach Excluindo o Item Subescala PC (10 Itens) (N = 1092) | 67 |
| Tabela 12 Correlações Item Total Corrigido e Alfa de Cronbach Excluindo o Item Subescala HP + DA (10 Itens) (N = 1092) | 68 |
| Tabela 13 Correlações Item Total Corrigido e Alfa de Cronbach Excluindo o Item (Inédito) Subescala HP + PC (15 Itens) (N = 1092) | 68 |
| Tabela 14 Coeficientes de Correlação de Spearman (N=1092) entre as pontuações nas subescalas e na escala total..... | 69 |
| Tabela 15 Análise das componentes principais da EDAH, seguida de rotação varimax (20 itens) (N=1092) | 71 |
| Tabela 16 Análise Factorial da população total – versão original (N=2400) | 72 |
| Tabela 17 Resultados descritivos por subescalas e escala global | 74 |
| Tabela 18 Resultdos por Sexo e na Globalidade da Amostra (N = 1092) | 75 |
| Tabela 19 Resultados do Teste Mann-Whitney para as comparações entre sexos, em cada grupo de idade (N = 1092) | 76 |
| Tabela 20 Resultados do Teste Mann-Whitney para as comparações entre sexos, em cada ano escolar (N = 1092) | 77 |
| Tabela 21 Resultados por Idade e Sexo..... | 78 |
| Tabela 22 Resultados por Ano Escolar e Sexo | 80 |
| Tabela 23 Resultados por Área Geográfica e Sexo | 82 |
| Tabela 24 Percentis por ano escolar (1º Ano)..... | 84 |
| Tabela 25 Percentis por ano escolar (2º Ano)..... | 85 |
| Tabela 26 Percentis por ano escolar (3º Ano)..... | 86 |
| Tabela 27 Percentis por ano escolar (4º Ano)..... | 87 |
| Tabela 28Percentis por ano escolar (5º Ano)..... | 88 |
| Tabela 29 Percentis por ano escolar (6º Ano)..... | 89 |
| Tabela 30 Percentis por idade (6 Anos)..... | 90 |
| Tabela 31 Percentis por idade (7 Anos)..... | 91 |

| | |
|--|----|
| Tabela 32 Percentis por idade (8 Anos)..... | 92 |
| Tabela 33 Percentis por idade (9 Anos)..... | 93 |
| Tabela 34 Percentis por idade (10 Anos)..... | 94 |
| Tabela 35 Percentis por idade (11 Anos)..... | 95 |
| Tabela 36 Percentis por idade (12 Anos)..... | 96 |
| Tabela 37 Percentis por género (masculino) | 97 |
| Tabela 38 Percentis por género (feminino) | 98 |
| Tabela 39 Percentis na globalidade da amostra..... | 99 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 <i>Scree Pot</i> para a Análise Factorial da EDAH..... | 70 |
|--|----|

LISTA DE ABREVIATURAS

ACTERS – Attention Deficit Disorder Comprehensive Teacher Rating-Scale
ADDES – Attention Deficit Disorders Evaluation Scale
ADHD – Entrevista Estruturada de Avaliação da Hiperactividade
APA – Academia Americana de Psiquiatria
APPORT – Associação dos Psicólogos Portugueses
APRS – Academic/Performance Rating Scale
BASC – Behavior Assessment System for Children
CAP – Child Attention/Activity Profile
CBCL – Child Behavior Checklist
CEGOC-TEA – Investigação e Publicações Psicológicas
DA – Défice da Atenção
DDAH – Escala de Avaliação Compreensiva
DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Edição Revista)
EDAH – Escala para Avaliação do Défice de Atenção com Hiperactividade
HP – Hiperactividade
HSQ – Home Situations Questionnaire
ICD-10 – Organização Mundial de Saúde das classificações dos distúrbios mentais e de comportamento
NIMH – National Institute of Mental Health
PC – Problemas de Comportamento
PHDA – Perturbação de Hiperactividade e Défice da Atenção (PHDA)
SASSR – Social Adjustment Scale Self-report
SCRS – Self Control Rating Scale
SSQ – School Situations Questionnaire
TRC – Tarefas de Realização Contínua
TRF – Teacher Report Form

INTRODUÇÃO

A perturbação de hiperactividade e défice da atenção (PHDA) constitui um problema clínico frequente, sendo um dos distúrbios mais frequentes na infância e na adolescência (Fonseca, 1998) e um dos quais tem tido um maior impacto em contexto escolar (DuPaul & Stoner, 1994).

Esta perturbação tem surgido com variações na sua nomenclatura ao longo da história. As principais características da PHDA são o défice da atenção, a impulsividade e/ou hiperactividade. As manifestações clínicas podem variar substancialmente em diferentes contextos (casa e escola; ambientes estruturados e não estruturados; pequenos ou grandes grupos; situações que exijam baixos ou altos desempenhos da criança).

Para além das manifestações centrais (défice da atenção, impulsividade e hiperactividade), algumas crianças com PHDA apresentam dificuldades ao nível das aquisições académicas, da linguagem e da motricidade. Alguns autores sugerem que os problemas de comportamento, também podem estar associados à PHDA (Fonseca, Rebelo, Simões & Ferreira, 1995; Farré & Narbona, 2003). A baixa auto-estima e as perturbações psiquiátricas (ansiedade, depressão) são também comuns.

Como referem Farré e Narbona (2003), devido à amplitude e diversidade da sintomatologia, o diagnóstico de PHDA deve considerar-se um critério multifactorial, em que é necessária a intervenção de uma equipa multidisciplinar.

A ausência de trabalhos rigorosos que validem empiricamente a PHDA, é a causa da grande confusão conceptual existente, o abuso no diagnóstico e as dificuldades em encontrar tratamento adequado (Farré & Narbona, 2003). Um dos problemas com o qual ainda nos confrontamos em Portugal é a escassez de instrumentos devidamente adaptados à nossa população, o que conduz frequentemente à utilização abusiva de instrumentos de avaliação da PHDA. Para além do problema da ausência de normas portuguesas, há outros riscos que devem ser referidos: a insegurança do psicólogo que recorre a instrumentos de avaliação psicológica na ausência de um enquadramento conceptual e o uso das provas para rotular os alunos sem sugerir estratégias para minimizar as dificuldades detectadas (Gonçalves, Simões, Almeida & Machado, 2003).

Os autores referem que a procura de técnicas e instrumentos precisos e objectivos para o diagnóstico e avaliação das distintas perturbações da Infância, necessita de um fio condutor, caso contrário não pode sustentar-se no conhecimento da realidade que mede (que é o que proporciona critérios para analisar os dados obtidos, dando-lhes significado). Falamos então de avaliação, entendida como processo de recolha e análise de informação, que nos proporciona critérios sobre os quais poderemos basear futuras intervenções.

Neste ponto situamos o presente trabalho que designámos “Escala de Avaliação do Distúrbio de Défice de Atenção/Hiperactividade: Estudo para a aferição à população portuguesa”. Por um lado, tentamos aprofundar os nossos conhecimentos teóricos de um distúrbio muito frequente na infância e adolescência, a perturbação de hiperactividade e défice da atenção e, por outro, conhecer as suas implicações no desenvolvimento da criança e/ou jovem, conciliando os nossos interesses pessoais, tanto teóricos como práticos, com o desenvolvimento científico acumulado na área de conhecimento em que nos situamos.

Para esse efeito, foi nossa intenção a tradução e adaptação de um instrumento válido e fidedigno, a Escala para Avaliação do Défice de Atenção com Hiperactividade (EDAH), possibilitando a sua utilização na população portuguesa, numa primeira fase como *screening*, de forma a permitir ao avaliador elaborar hipóteses diagnósticas. Pretendemos igualmente, a sua futura utilização quer no âmbito da investigação, quer na área da psicologia clínica e educação/prática psicológica e educacional.

Consideramos que este trabalho se reveste de grande importância no âmbito do Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico, pretendendo ser um instrumento válido que conduzirá a um duplo objectivo: permitir o diagnóstico funcional (a partir do qual se irá constituir o suporte para o tratamento da PHDA) e elaborar hipóteses para um diagnóstico etiológico, contribuindo e activando desta forma o desenvolvimento psicológico das crianças e jovens. O próprio processo de investigação revela-se, em si mesmo, um processo de activação e consciencialização para esta problemática.

O presente trabalho de dissertação divide-se em duas partes. A primeira reúne quatro capítulos que abordam teoricamente, a natureza e aspectos fundamentais da PHDA. A segunda parte debruça-se sobre o estudo empírico realizado no âmbito da tradução e adaptação da EDAH e demais procedimentos necessários para a sua concretização e perfaz um total de dois capítulos. Pelo facto de se tratar de um trabalho que visa

fundamentalmente o estudo para a aferição de um instrumento para avaliação da PHDA, que nos permita num futuro próximo a criação de normas para a população escolar portuguesa, será dedicada especial atenção à segunda parte do trabalho.

No primeiro capítulo foi nossa intenção uma abordagem da evolução do conceito de PHDA, de forma a explicitar o interesse que esta perturbação foi e ainda continua a ser alvo.

No segundo capítulo pretendemos explicar as dimensões e características essenciais da PHDA, assim como realizar uma abordagem acerca das causas, prevalência e diferenças de género.

No terceiro capítulo apresentamos algumas das teorias e estudos realizados no âmbito da PHDA e problemas associados / comorbilidades, tendo como referência a investigação de vários autores que tentam explicitar os problemas associados à perturbação.

No quarto capítulo pretendemos uma abordagem dos inúmeros instrumentos que existem para a avaliação da PHDA, salientando os riscos que poderão ocorrer no estabelecimento de um diagnóstico incorrecto desta perturbação.

No quinto capítulo, que inicia a segunda parte da dissertação (o estudo empírico), apresentamos os objectivos e a conceptualização do estudo, descrevendo pormenorizadamente a amostra, o instrumento (EDAH) e os procedimentos.

O sexto capítulo é dedicado à apresentação e discussão dos resultados ao nível das qualidades psicométricas, estudos de fidelidade e validade, sintomas de *Hiperactividade*, *Défice de Atenção* e *Problemas de Comportamento* (apresentação dos resultados obtidos na amostra global e por sexo, análises conseguidas através dos Testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) e, por fim, postos percentílicos de referência. Daremos especial atenção a este capítulo, tal a importância da sua análise e reflexão.

Concluimos com a apresentação das conclusões pertinentes e considerações que se espera serem relevantes em futuras investigações no campo da PHDA, designadamente, em estudos que envolvam a aplicação da escala EDAH.

Comentário Pessoal

Uma frase famosa de William Shakespeare, ilustra de forma notória a sensação que por vezes nos invade, após os longos meses de trabalho e dedicação a este estudo, pelo que a passamos a citar:

“As nossas dúvidas são traidoras e, fazem-nos perder o bem que, às vezes poderíamos ganhar pelo medo de tentar”

Ao longo de toda a investigação, as dúvidas foram muitas, o medo de não conseguirmos atingir os objectivos aos quais nos propusemos. Por vezes, o receio de falhar perante tão importante missão, como é o trabalho de dissertação, leva-nos a questionar... será que se fosse iniciar agora o trabalho, teria seguido a mesma linha de raciocínio? A resposta é sim, o conhecimento está em permanente construção, ao longo de toda a nossa vida aprendemos, enriquecemos, envelhecemos. Mas, uma certeza existe, é que o presente trabalho será mais um contributo, mais um avanço, no nosso conhecimento ou no daqueles que o venham a ler. Mesmo com as limitações que sempre existem, mesmo com a sensação que poderíamos ir mais longe, aprofundar mais o tema, o que é certo é que fica um registo escrito daquilo que conseguimos fazer. Isso comprova que, “apesar das nossas dúvidas serem traidoras” e do “medo em tentar”, conseguimos não perder o bem, pois arriscamos e tentamos vencer.

PARTE I
PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DA
ATENÇÃO: NATUREZA E ASPECTOS FUNDAMENTAIS

CAPÍTULO 1

PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DA ATENÇÃO: EVOLUÇÃO DO CONCEITO

“Lo que se busca es que el niño logre superar las discapacidades cognitivas, sociales, de sufrimiento personal... y no que quienes le rodean puedan tolerar su comportamiento”.

(Rada, 2008: 6)

A compreensão das dificuldades ao nível da definição, conceptualização, avaliação e intervenção da PHDA, conduz-nos a uma abordagem da evolução do conceito, nomeadamente através do conhecimento da história deste distúrbio.

O interesse pelo estudo da PHDA tem vindo a manifestar-se desde há longa, tendo surgido com variações de nomenclatura ao longo da história (mais de 25 designações), até se chegar à actual designação, descrita no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-IV-TR, da Academia Americana de Psiquiatria (Fernandes, 2001).

As primeiras descrições dos sintomas da PHDA encontravam-se já em estudos realizados nos finais do século passado na Europa. Em Inglaterra em 1877, Ireland salientava a importância da hiperactividade como um sintoma de crianças com deficiência mental e em França (1987), Bourneville, descreveu um grupo de crianças caracterizadas por instabilidade, falta de atenção e agitação motora excessiva ou descoordenada (Fernandes, 2001). Em 1890, William James referiu uma variante normal do carácter a que designou *vontade explosiva*, semelhante à actual PHDA (Faria, 2007).

Em 1902 Still veio a apresentar o que poderia ser considerado a primeira caracterização do distúrbio hiperactivo, quando descreveu um grupo de crianças cujos sintomas predominantes eram a incapacidade de estarem atentas, os comportamentos inquietos, as explosões de violência e a indisciplina. Estes comportamentos verificavam-se mais frequentemente nas crianças do sexo masculino e estavam associados a muitos comportamentos anti-sociais (Fonseca, 1998). Também Lopes (2004) considera que Still foi talvez o primeiro a descrever sintomas que se aproximam dos que constituem actualmente as manifestações centrais da PHDA.

Lopes (2004) refere que Still caracterizou as crianças observadas como apresentando uma *deficiência do controlo moral*, baixos níveis de *inibição volitiva* e de atenção, agressividade, hiperactividade e, tendo associados problemas como, a desonestidade, a crueldade, a desobediência e dificuldades na aprendizagem escolar. O grande esforço de Still realizado ao nível da investigação, é considerado de grande importância no desenvolvimento das actuais concepções dos distúrbios de desenvolvimento na infância (Barkley, 2002; 2007).

Desde o início do século, foram realizadas outras tentativas de explicação psicodinâmica da hiperactividade. A título de exemplo, em 1914, Heuyer considerava que a hiperactividade estava associada a distúrbios do carácter ou a instintos morais (Lopes, 2004).

Entretanto a hiperactividade foi associada a lesões cerebrais, devido ao eclodir do surto de encefalite na Europa e Estados Unidos (1917-1918), nos finais da primeira Guerra Mundial. Considera-se que foi a partir dessa altura que os americanos começaram a demonstrar o seu interesse pela PHDA (Barkley, 2007; Lopes, 2004). Pressupunha-se que existiria uma lesão responsável (meningite, encefalite), que originou a designação de *lesão cerebral mínima*. Muitas das crianças enfermas apresentavam comportamentos similares, aos que hoje são incluídos na categoria da perturbação de hiperactividade. Lopes (2004), refere que muitas das crianças que sobreviveram à infecção cerebral, apresentavam significativas sequelas cognitivas e comportamentais.

Nos Estados Unidos, nos anos vinte e trinta, os autores do movimento *Guild Guidance* relacionavam a hiperactividade com manifestações de conflitos inconscientes não resolvidos, resultantes de problemas relacionais entre as crianças e os pais (sobretudo a mãe). Mas tanto as conceptualizações psicanalíticas como as organicistas foram, a pouco e pouco, abandonadas pela ausência de dados empíricos suficientes que corroborassem essas teorias (Fonseca, 1998).

De acordo com a perspectiva de Lopes (2004), os diversos trabalhos publicados entre 1936 e 1941 por Bradley, Bowen, Goldstein, Molitch e Eccles, contribuíram significativamente para a evolução do conceito de PHDA, mais especificamente, ao nível dos distúrbios de desenvolvimento na infância. O autor salienta que as especulações em torno do mecanismo bioquímico de actuação do metilfenidato e dos mecanismos

neuroológicos subjacentes aos problemas comportamentais da infância, deram um importante contributo para o desenvolvimento do conceito de *síndrome de lesão cerebral mínima*, referido por Strauss e Werner em 1941 e por Lehtinen e Strauss, em 1947.

Lopes (2004) refere também que, esse conceito foi alvo de grandes controvérsias e a acumulação de evidência empírica relativamente à inexistência de lesões cerebrais, conduziu à substituição do conceito de lesão cerebral para a designação de *disfunção cerebral mínima*, nos anos 50 (igualmente controverso). Esta disfunção é designada por Schweiger e Prekop (2001), por perturbação da integração sensorial. Segundo os autores, o termo está relacionado com uma perturbação no desenvolvimento do cérebro infantil, em que as associações de neurónios não maturam de acordo com a idade da criança, estabelecendo conexões entre si, apenas descontínua e insatisfatoriamente. Vários autores mostraram o seu desagrado relativamente a esta última designação, sendo proposto que fosse denominada como *síndrome hiperactiva da infância* (Lopes, 2004).

A partir dos anos sessenta, registou-se um crescente interesse pelas manifestações comportamentais associadas à PHDA, devido ao contributo dos estudos realizados por Douglas e Peters em 1972, que referiam o défice da atenção prolongada e de controlo da impulsividade, como características centrais das crianças hipercinéticas (cit. in Lopes, 2004).

Nos anos setenta, começaram a surgir ínfimos estudos sobre a PHDA e, no final da década, estimavam-se já milhares de artigos, livros e textos científicos publicados (Lopes, 2004). Os níveis exagerados de actividade passam a ser desvalorizados no que concerne ao aspecto fundamental do distúrbio e começa, o défice de atenção, a ser considerado como o aspecto que melhor o definiria (Lopes, 2004).

No período de 1980-89, o interesse pelo estudo da PHDA não só se intensificou, como podemos comprovar que veio a transformar-se no distúrbio mais estudado da infância (Lopes, 2004).

Nos Estados Unidos, o termo *reação hipercinética da infância* utilizado no DSM-II (1968), é substituído pela designação *perturbação do défice da atenção com ou sem hiperactividade*, no DSM-III em 1980. Mais tarde ainda, passa a ser conhecido como *perturbação de hiperactividade por défice de atenção*, pelo DSM-III-R em 1987. Segundo Lopes (2004), o período dos anos 80 é essencialmente caracterizado por um esforço no

melhoramento dos critérios para a identificação do distúrbio, bem como do estabelecimento de linhas de orientação mais fidedignas para a realização do diagnóstico. Por último, foi sensivelmente por essa data que se começou a arvorar a hipótese de que, o défice de atenção, constituía a vertente essencial do distúrbio.

No período de 1990 a 2000, fortaleceram-se diferentes concepções que sustentaram diversos tipos de intervenção (Martínez-León, 2006). A título de exemplo, a autora refere que se alude ao défice da atenção/hiperactividade com uma componente fortemente motivacional. Esta interpretação traz-nos implicações importantes, tais como, deixar de culpabilizar a criança pela sua conduta e permitir especificar o ambiente e as tarefas, de forma a otimizar a melhoria do comportamento e motivação da criança.

No início da década de 90 [séc. XX], com a publicação pela Organização Mundial de Saúde das classificações dos distúrbios mentais e de comportamento (ICD-10), em 1992 na língua original e em 1993 em português, surge-nos na nova versão uma secção destinada aos distúrbios de comportamento e das emoções (com início habitual na infância e na adolescência), onde são descritos os *distúrbios hipercinéticos*, com os seguintes subtipos: *distúrbios da actividade e da atenção*, *distúrbio hipercinético dissocial*.

Em síntese e considerando uma perspectiva actual, a PHDA é denominada por *Perturbação de Hiperactividade e Défice da Atenção*, conceito aceite pela comunidade científica e que é referido no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição (DSM-IV-TR), da Academia Americana de Psiquiatria (APA).

CAPÍTULO 2

PHDA: DIMENSÕES ESSENCIAIS, ETIOLOGIA, PREVALÊNCIA E DIFERENÇAS ENTRE SEXOS

2.1. Sintomatologia

Os sintomas de *Hiperactividade*, *Défice de Atenção* e *Impulsividade* são indiscutivelmente centrais na descrição da Perturbação de Hiperactividade / Déficit de Atenção (Farré & Narbona, 2003; Polaino-Lorente, 2004). Do ponto de vista clínico, a perturbação manifesta-se fundamentalmente por esses três sintomas comportamentais nucleares atrás referidos, o que conduz à distração fácil, dificuldades em apreender detalhes (característicos do déficit de atenção), impaciência, desleixo, impetuosidade (inerentes à impulsividade), excesso de locomoção, agitação motora inadequada e irrequietação (próprios da hiperactividade). Podem estar presentes na sua totalidade ou com predomínio de um ou de outro, conduzindo-nos a três subtipos: déficit da atenção, hiperactivo/impulsivo e misto (Bugalho, Correa & Viana-Baptista, 2006).

A descrição clínica da PHDA aborda-se de maneira distinta de acordo com os autores e as tendências. Em geral, confirma-se a descrição de um conjunto de sintomas que se consideram predominantes e distintivos da perturbação (Farré & Narbona, 2003). Os autores referem ainda que, outro grupo de características consideradas secundárias, costumam acompanhar os sintomas principais.

Vários autores têm feito uma distinção entre características primárias e secundárias. Como características primárias e consideradas necessárias para a elaboração do diagnóstico apresentam-se o déficit de atenção, a impulsividade e a hiperactividade (Barkley, 1998a; 2007). Em relação às características secundárias, estas são vistas como consequência das características primárias. Neste ponto Barkley (1998a), fala-nos destas características englobando-as da seguinte forma: problemas cognitivos, atraso da linguagem, menor capacidade de adaptação, problemas ao nível do desenvolvimento motor, déficit de auto-regulação das emoções, dificuldades na realização académica e realização de tarefas e

ocorrência de alguns riscos de saúde (maior probabilidade de terem acidentes, dificuldades em adormecer e agitação durante o sono).

No presente trabalho, teremos como base os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (2002), que refere que a característica essencial da PHDA é uma persistência de desatenção e/ou hiperactividade-impulsividade, mais frequente e grave que a observada em sujeitos com um idêntico desenvolvimento, encontrando-se num grupo de crianças muito heterogéneo.

O DSM-IV-TR (2002) distingue três subtipos distintos: Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção (Tipo Misto); Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção (Tipo Predominantemente Desatento); Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção (Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo).

A PHDA na sua forma grave, revela-se muito incapacitante e afecta a adaptação social, familiar e académica.

Ainda de acordo com o DSM-IV-TR (2002), alguns dos sintomas de falta de atenção e de hiperactividade-impulsividade encontram-se presentes antes dos 7 anos, sendo que alguns défices provocados pelos sintomas manifestam-se em dois ou mais contextos (tais como, escola e casa). Como critérios de exclusão, o DSM-IV-TR considera que os sintomas não ocorrem de forma exclusiva durante uma perturbação global do desenvolvimento, esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental.

Défice de Atenção

Segundo o DSM-IV-TR (2002), os critérios de diagnóstico para o *Défice da Atenção* são seis ou mais dos seguintes sintomas (que se devem verificar pelo menos durante seis meses, com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação ao nível de desenvolvimento):

- a) cometer erros por descuido nas tarefas escolares ou em outras actividades;
- b) apresentar frequentemente dificuldade em manter a atenção;
- c) parecer não ouvir quando se lhe dirigem directamente;
- d) não seguir as instruções e não terminar tarefas;

- e) ter dificuldade ao nível da organização;
- f) sentir relutância em realizar tarefas que requerem esforço mental persistente;
- g) perder frequentemente objectos necessários a tarefas ou actividades;
- h) distrair-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- i) esquecer-se frequentemente das actividades quotidianas.

O sintoma de défice de atenção é o que aparece mais constante ao longo do tempo e tem claras repercussões negativas em situações académicas, laborais e sociais.

Parker (2006), refere que a falta de atenção não é tão visível como a hiperactividade/impulsividade, apesar de ser, o sintoma da PHDA que origina mais problemas em contexto escolar. Efectivamente, o défice de atenção interfere e prejudica significativamente o desempenho e rendimento escolar.

Araújo e Silva (2003) referem que as crianças com PHDA são frequentemente acusadas devido à sua falta de atenção, mas, o que acontece na verdade é que elas mostram atenção a tudo ao mesmo tempo. As suas dificuldades relacionam-se com o facto de não conseguirem focalizar a atenção de forma selectiva.

Hiperactividade/Impulsividade

Segundo o DSM-IV-TR, os critérios de diagnóstico para *Hiperactividade-impulsividade* são seis ou mais dos seguintes sintomas (que se devem verificar pelo menos durante seis meses, com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação ao nível de desenvolvimento):

Em relação à *Hiperactividade*:

- a) movimentar frequentemente e de forma excessiva as mãos e os pés;
- b) levantar-se frequentemente em situações em que se espera que esteja sentado;
- c) correr ou saltar frequentemente e de forma excessiva;
- d) ter frequentemente dificuldades em jogar ou dedicar-se de forma tranquila a actividades lúdicas;

- e) agir frequentemente como se estivesse “ligado a um motor”;
- f) falar de forma excessiva;

Em relação à *Impulsividade*:

- g) precipitar frequentemente as respostas antes de uma pergunta terminar;
- h) apresentar frequentemente dificuldade em esperar pela sua vez;
- i) interromper ou interferir frequentemente nas actividades dos outros.

Segundo Parker (2006), nem todas as crianças são hiperactivas ou impulsivas. De acordo com o autor, as crianças que são hiperactivas apresentam comportamentos mais inquietos e um excesso de actividade motor. Por seu lado, a impulsividade reflecte-se ao nível da incapacidade de controlar as emoções, o que se reflecte no seu comportamento.

2.2. Etiologia

Factores Orgânicos – Áreas Cerebrais

Estudos realizados recorrendo a técnicas de imagiologia funcional, têm evidenciado consistentemente diferenças subtis na estrutura cerebral de situações identificadas com PHDA. As diferenças envolvem geralmente o lobo frontal (Fernandes, 2001; Bará-Jiménez, Vicuña & Pineda, 2003), os gânglios basais e o corpo caloso (Boavida, 2006; Boavida, Porfírio, Nogueira & Borges, 1998; Bugalho, Correa e Viana-Baptista, 2006; Castellanos & Acosta, 2004; Pinho, Mendes & Pereira, 2007) e ainda a diminuição do volume cerebral global (Barkley, 2002; Bugalho, Correa e Viana-Baptista, 2006; Castellanos e Acosta, 2004). Também são referidas alterações nas regiões pré-frontais, no *cingulum* (Bugalho, Correa e Viana-Baptista, 2006) e no cerebelo (e.g., Bugalho, Correa e Viana-Baptista, 2006; Castellanos e Acosta, 2004; Mulas, 2004). Alguns estudos encontram ausência de assimetria dos núcleos caudados em rapazes com PHDA, em contraste com a assimetria encontrada nos meninos sem a perturbação (Branco & Fernandes, 2004). De entre as estruturas e regiões cerebrais mencionadas, parece que os lobos frontais cerebrais terão um papel especialmente importante na perturbação, uma vez que se sabe desempenharem um papel influente na regulação da atenção, na actividade e nas reacções emocionais (e.g., Fernandes, 2001; Bará-Jiménez, Vicuña & Pineda, 2003).

Factores Genéticos

Entretanto, cada vez mais se suspeita de possíveis causas genéticas (e.g., *National Institute of Mental Health* [NIMH], 2004; Boavida, Porfírio, Nogueira & Borges, 1998; Castellanos, 2008; Dugas, 1987; Fernandes, 2001; Hebebrand et al, 2007; Parker, Pérez e Benito, 2004; Lopes, 2004; Rief, 1993; Szerman, 2008).

Segundo indica o DSM-IV-TR (2002) a PHDA tem surgido com mais frequência em familiares próximos (em primeiro grau), parecendo existir factores que levam a considerar uma grande influência de factores genéticos ao nível da *Hiperactividade, Impulsividade e Desatenção*.

Factores Ambientais ou Sociais

Fernandes (2001), Fowler (2000) e Narbona (1999) apontam como possíveis factores ambientais ou sociais, as toxinas, como o chumbo, o álcool e o fumo do tabaco. Os autores fazem também referência às crianças e jovens provenientes de famílias de baixos estratos socioeconómicos. Por outro lado, Parker (2006) considera que as práticas incorrectas utilizadas pelos pais na educação dos filhos podem, em certa medida, afectar o comportamento e desenvolvimento da criança.

Multiplicidade de Causas

Para muitos autores, a etiologia da perturbação é multifactorial (Fernandes, 2001; Fowler, 2000; García, 2001; Kennedy, Terdal & Fusett, 1994; Martínez-León, 2006; Narbona, 1999; Osman, 1997). Assim, são referidas uma variedade de possíveis causas, tais como, de ordem cerebral, genética, biológica e psicossocial.

Apesar de nos últimos anos se terem vindo a verificar evoluções significativas ao nível da identificação das causas da PHDA, continua a ser difícil definir um factor responsável pela existência desta perturbação.

A Associação Portuguesa de Investigação Educacional (2007) salienta que os estudos realizados ao nível das causas da PHDA são ainda considerados inconclusivos. Considera que, em vez de falarmos de causas, devemos falar principalmente em factores de

risco ambientais ou ao nível do desenvolvimento cerebral (alterações no ciclo de desenvolvimento do cérebro da criança).

Em suma, podemos concluir recorrendo às palavras de Goldstein e Goldstein, 1998: 199: “Commonly suspected causes of ADHD have included toxins, developmental impairments, diet, injury, ineffective parenting, and heredity. It has been suggested that these potential causes affect brain functioning, thus ADHD can also be considered a disorder of brain function”.

2.3. Prevalência

A PHDA é muito frequente na infância e segundo o DSM-IV-TR (2002), a prevalência está estimada em 3% a 7% *das crianças em idade escolar* e varia de acordo com a natureza da amostra populacional e com os métodos de avaliação utilizados.

As variações nos dados de prevalência da PHDA na população infantil, oferecem razoáveis dúvidas sobre os critérios utilizados na sua estimação (Farré & Narbona, 2003). Os autores citam no seu trabalho as investigações de Rutter e colaboradores, cujos resultados apontam para uma prevalência de 1% (em 1984). No extremo oposto, encontram-se valores que podem chegar até 20 e 30%, encontrados por Laufer e Shetty em 1980 (Farré & Narbona, 2003). Também no DSM-IV-TR (2002) é mencionado a existência de características específicas ao nível da cultura, idade e género. A PHDA ocorre em culturas diferentes, com variações na sua prevalência nos diferentes países ocidentais, provavelmente devido a distintas práticas de diagnóstico.

Pérez e Benito (2004) consideram que as diferenças existentes ao nível da prevalência da PHDA, estão relacionadas com os diferentes procedimentos diagnósticos. Se considerarmos os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR, encontramos valores mais elevados mas se, pelo contrário, utilizarmos os referidos no ICD-10, os valores encontrados são inferiores porque também são mais restritivos.

Cela (2007), salienta que o número e a proporção de crianças com PHDA varia de acordo com os estudos epidemiológicos realizados, podendo encontrar-se resultados de 6-10% em crianças com mais de 6 anos e de 3-5% na população infanto-juvenil.

“A prevalência (número de casos por unidade populacional e por unidade de tempo) é de cerca de 3% dos pré-púberes, sendo o *sex ratio* (homem/mulher) de 10/1” (Silva, Nossa, Silvério & Ferreira, 2008: 124).

Em estudos conduzidos pelo Centro de Desenvolvimento da Criança (Hospital Pediátrico de Coimbra), estima-se que 7% das crianças e adolescentes em idade escolar (idades entre os 6 e os 17 anos), possam apresentar PHDA.

Boavida, Porfírio, Nogueira e Borges (1998), reportando-se aos dados existentes relativamente às crianças que frequentaram o Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra, referem que a PHDA afecta entre 3 e 20% das crianças em idade escolar, podendo manifestar-se muito precocemente apesar de, regra geral, causar mais problemas a nível escolar. Boavida (2006), reporta-nos para uma prevalência estimada em 7% (dados da consulta de hiperactividade do Hospital Pediátrico de Coimbra). Segundo o autor, o diagnóstico é realizado considerando os critérios comportamentais do DSM-IV que, quando utilizados de forma correcta, permitem uma clara distinção entre as crianças ditas “irrequietas” e as que apresentam PHDA.

Branco e Fernandes (2004), referem que a PHDA pode atingir de 1,7-18% da população, dependendo dos métodos de diagnóstico utilizados. Ainda segundo os autores, prevalências superiores a 20% têm sido descritas em crianças que advêm de meios socioeconómicos menos favorecidos (dados retirados da Unidade de Desenvolvimento Infantil, Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria, Lisboa).

Gomes et al., (2006), num estudo realizado em 10 escolas do Distrito de Coimbra (ano lectivo 1994-95), recorrendo ao questionário desenvolvido por *Rutter* para professores, versão portuguesa de Azevedo et al (1986), que envolveu 877 crianças com idades entre os 6 e os 11 anos de idade, verificaram que, a grande maioria dos problemas emocionais e comportamentos disruptivos, ocorreram em menos de 7% da amostra. As pontuações mais elevadas foram 14,9% para hiperactividade, 12,9% para os problemas de conduta e 4,7% para os problemas emocionais. Contudo, como reconhecem os próprios autores, as elevadas percentagens encontradas neste trabalho, tal como noutros estudos por questionário, têm a ver com os critérios utilizados (e.g., pontos de corte pouco restritivos; ausência de entrevista clínica de avaliação). Portanto, estas percentagens não significam que as crianças identificadas preencham critérios diagnósticos para uma perturbação

mental propriamente dita. Serão de esperar prevalências muito inferiores no caso de diagnósticos clínicos.

Em Espanha foram estudados 868 sujeitos com idades entre os 6 e os 15 anos, utilizando a Escala de *Conners* para pais e professores, o questionário do DSM-III e uma entrevista semi-estruturada do PACS. A prevalência da perturbação foi de 6% tendo como base os instrumentos utilizados (Poeta & Neto, 2004). Também na população escolar espanhola, foi realizado um estudo epidemiológico sobre a PHDA e desenho da figura familiar em crianças de 8 e 9 anos, oriundas de 17 escolas públicas da cidade de Badajoz (N= 601), em que verificaram uma prevalência de 7,5 % (Vaquerizo, 2004a).

No estudo conduzido por Farré e Narbona em 1989, na população escolar navarra, encontraram uma incidência de 6% (aquando da validação do Questionário de *Conners* para a população espanhola). Castellanos (2008) em estudos realizados em Espanha, no período de 2004 e 2007, salienta que 7% a 8% das crianças em idade escolar apresentavam PHDA.

Castañeda-Cabrero et al., (2003), estudaram quinze crianças (com suspeita de PHDA), com idades entre os 7 e os 11 anos, recorrendo aos critérios de diagnóstico do DSM-IV e à EDAH, tendo verificado que nove das crianças apresentavam PHDA do tipo combinado. Utilizaram também provas complementares (hemograma, bioquímica sanguínea, EEG), tendo concluído que na maioria das crianças, se evidenciaram parâmetros adequados à idade de cada um. No entanto, em relação à prevalência de problemas respiratórios durante o sono (em especial a apneia do sono), no grupo estudado é mais elevada do que em relação ao resto da população, sendo as repercussões mais evidentes na área cognitiva e comportamental.

Poeta e Neto (2004), Vasconcelos et al (2003), fazem referência a um estudo realizado no Rio de Janeiro (Brasil) com 403 alunos, utilizando o questionário do DSM-IV, uma anamnese dirigida, um questionário psicossocial e realizando exames físicos e neurológicos. A prevalência da PHDA encontrada foi de 17,1%.

Em Porto Alegre foi investigada a prevalência da perturbação em 484 estudantes do 1º ciclo, utilizando os critérios do DSM-IV e neuropsicológicos, sendo que a prevalência encontrada foi de 18%, segundo os critérios do DSM-IV e de 3,5%, considerando-se critérios neuropsicológicos (Poeta e Neto, 2004).

Ponde e Freire (2007), realizaram um estudo sobre a prevalência da PHDA em 774 alunos da cidade de Salvador, recorrendo a inquéritos aos professores. O instrumento de avaliação diagnóstica utilizado foi a escala de TDAH. Os resultados obtidos mostraram que 6,7% das crianças apresentavam forte probabilidade de apresentar a perturbação. O subtipo hiperactivo/impulsivo foi o que prevaleceu nos sujeitos de sexo feminino, enquanto que, nos alunos de sexo masculino foi o tipo predominantemente desatento.

Martínez-León (2006), fala-nos de uma prevalência à volta de 15% na Colômbia. Cornejo et al (2005), encontraram uma incidência de 20,4% na população escolar de Sabaneta, em sujeitos com idades compreendidas entre os 4 e os 17 anos de idade, num total de 10929 alunos, baseando-se nos critérios de diagnóstico do DSM-IV.

O estudo realizado no Estado de Zulia na Venezuela, em alunos com idades entre os 6 e os 12 anos, num total de 1141 sujeitos e recorrendo às duas Escalas de Conners revistas (versão pais e professores), mostrou que 82 obtiveram pontuações que os identificaram como casos de PHDA, o que corresponde a 7,19% da amostra total (Montiel-Nava, 2002).

Estudos realizados na Alemanha com crianças e adolescentes de 5 a 12 anos, utilizando os critérios do DSM-III, DSM-III-R e o DSM-IV, apontaram para uma prevalência 9,6%, 10,9% e 17,8%, respectivamente (Poeta e Neto, 2004).

Parker (2006), refere que nos Estados Unidos, estima-se que a PHDA afecte 3 a 5 % das crianças em idade escolar.

Faria (2007) indica uma prevalência de 2-5% nas crianças, recorrendo aos critérios de diagnóstico do DSM-III ou III-R e 7-8% de crianças (utilizando o DSM-IV) mas, adicionando o tipo predominantemente desatento, dobra a prevalência sobre o DSM-III.

Quando recorremos aos critérios do DSM-IV, a maioria dos autores estimam a prevalência global da PHDA entre 3 e 7 %, no entanto, existe uma grande variabilidade em função da idade, sexo, nível sócio-cultural, entre outros. Se nos orientarmos pelos subtipos de PHDA, segundo o DSM-IV-TR, a maioria dos autores considera que o tipo combinado é o que mais frequentemente prevalece (Cardo & Servera, 2005).

Cardo e Servera (2005), Farré e Narbona (2003), Fernandes (2001), mencionam nos seus estudos que ainda não existe um acordo acerca da definição, dos critérios

diagnósticos, nem acerca da consideração de alguns sintomas. Tão pouco existem instrumentos de diagnóstico comuns e generalizados, daí a justificação da grande disparidade dos dados epidemiológicos existentes. Os autores referem que enquanto não existir um entendimento comum em relação ao que se mede, como e a quem, a utilidade dos dados referentes à epidemiologia fica em suspenso e, as estimativas, devem ser consideradas com precaução.

A PHDA é um distúrbio real, não pode ser considerado um mito até porque existem claras evidências da sua presença na população infantil em diferentes países. Contudo, é necessário refinar os métodos diagnósticos e obter mais informações sobre as evidências do papel genético e dos factores neurobiológicos (Peña & Montiel-Nava, 2003).

Em síntese, verifica-se uma necessidade urgente que os investigadores no campo da PHDA, combinem esforços, de forma a chegar a consenso no desenvolvimento de procedimentos de avaliação uniformes e estandardizados, com a finalidade de aplicar metodologias comuns (Peña & Montiel-Nava, 2003; Cardo & Servera, 2005).

2.4. Diferenças entre sexos

Vários estudos referem que a PHDA é mais frequente em sujeitos do sexo masculino do que no sexo feminino, independentemente do método de recolha da informação ou dos instrumentos utilizados, sendo que a proporção varia de aproximadamente 2:1 em estudos a nível populacional e 9:1 em estudos realizados em contexto clínico (Blázquez-Almería, Joseph-Munné & Burón-Masó, 2005; Fernandes, 2001; Poeta & Neto, 2004).

O DSM-IV-TR (2002) refere que a PHDA é mais frequente no sexo masculino que no feminino, com uma proporção que oscila entre 2:1 e 9:1, dependendo do tipo. Se for o predominantemente desatento, a relação entre géneros pode ser menos pronunciada. Também varia dependendo do ambiente, sendo mais provável que as crianças referenciadas à clínica sejam rapazes. No que concerne ao DSM-III-R salienta-se a diferença entre a população clínica (com proporção 6:1) e a população geral (3:1).

Segundo Parker (2006), nos Estados Unidos o número de rapazes com PHDA ultrapassa significativamente o número de raparigas com esta perturbação, o que na opinião do autor, pode ser pelo facto da PHDA nas raparigas ser menos evidente.

Considera que os rapazes tendem a ser mais hiperactivos, o que permite que sejam mais facilmente identificados. Barkley (2007) refere uma proporção de 3:1, salientando uma maior probabilidade da perturbação acontecer nos rapazes do que nas raparigas. De acordo com Faria (2007), a prevalência nos Estados Unidos varia em função do sexo, idade, classe social e urbano-rural. É mais comum nas classes sociais média e média baixa. Não existe evidência de diferenças étnicas, independentemente da classe social, demografia urbana-rural ou acesso a cuidados.

Boavida, Porfírio, Nogueira e Borges (1998), considerando os dados relativos às crianças que frequentaram o Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra, referem que os rapazes são 4 a 9 vezes mais afectados com PHDA do que as raparigas (23,4).

Vaquerizo (2004), no estudo epidemiológico realizado com crianças de 8 e 9 anos de 17 escolas de Badajoz, encontrou uma incidência por sexos de 4,25 rapazes por cada rapariga afectada.

Cela (2007), estabelece uma proporção de 3 rapazes por cada rapariga (dados baseados em estudos conduzidos pela Universidade de León), mas também refere que pode ser de 4:1 até 9:1 (na Região de Castilla e León).

Vasconcelos et al., (2003), num estudo realizado com 403 crianças, encontrou 69 que tiveram triagem positiva para PHDA, sendo que 45 eram rapazes e 24, raparigas, com a razão de 1,9:1. Cardo e Servera (2005) consideram que os rapazes são os mais afectados com a PHDA, apresentando uma proporção de 2,5:1.

Em Florianópolis foi realizado um estudo que incluiu 84 crianças com idades entre os 6 e os 16 anos, recorrendo às escalas de avaliação do DSM-IV e à EDAH, tendo sido encontrado um resultado dentro do esperado quanto à prevalência da PHDA no sexo masculino, podendo a diferença chegar à proporção de 3:1 até 5:1 (Cardoso, Sabbag & Beltrame, 2007). Ainda segundo os autores, a justificação para a proporção menor em crianças do sexo feminino estaria relacionado com o facto de que estas apresentam menos comorbilidade com as perturbações disruptivas do comportamento, pelo que passam mais despercebidas.

No estudo realizado na Venezuela, cidade de Maracaíbo, constituído por 1.141 crianças de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, cujo

objectivo foi determinar o índice de prevalência da PHDA, verificamos que foram identificados como afectos desta perturbação 7,19%, sendo 8,26% do sexo feminino (N=45) e 6,20% (N=37) do sexo masculino. O autor refere que, ao contrário do esperado e do corroborado na literatura, a incidência foi maior no sexo feminino (Montiel-Nava, 2002).

Várias referências na literatura defendem que a razão da diferença na proporção entre rapazes e raparigas é justificada pelo facto das últimas apresentarem normalmente PHDA de predomínio desatento, passando mais despercebidas em contexto escolar. Por outro lado, a maioria da literatura científica tem sido baseada em estudos realizado em rapazes, o que leva a que as raparigas sejam mal e pouco identificadas (Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva [APCH], 2008; Rohde & Benczik, 1999; Szerman, 2008).

García (2001) salienta que as discrepâncias registadas na prevalência da PHDA, quanto ao género, estão relacionadas com diversos factores, entre os quais: razões a nível educativo/cultural, a aplicação desigual dos critérios normalmente utilizados e as diferenças físicas. No que concerne às raparigas, os critérios de diagnóstico são utilizados de forma mais restrita, só se considerando hiperactivas as raparigas que apresentam os sinais básicos da perturbação. Em relação aos rapazes, para além dos sintomas centrais (hiperactividade, défice de atenção e impulsividade), também se incluem outros distúrbios, como é o caso das condutas anti-sociais e os problemas de comportamento (distúrbios estes que raramente são associados às raparigas). O autor refere ainda que, muitos alunos com problemas de comportamento, são situados no grupo dos hiperactivos (mesmo não o sendo).

Em conclusão, os dados da literatura a respeito de diferenças de sexo no que se refere à PHDA são convergentes: as prevalências são sistematicamente superiores no género masculino. Contudo, não está excluída a possibilidade de, nas raparigas, predominar a perturbação de tipo predominantemente desatento. Como os défices de atenção poderão passar despercebidos, a real prevalência da PHDA no sexo feminino poderá estar subestimada.

CAPÍTULO 3

PHDA: PROBLEMAS ASSOCIADOS E COMORBILIDADE

“La tardanza en las medidas diagnóstico-terapéuticas favorece el empobrecimiento de la autoestima, la discapacidad social, el fracaso académico, la comorbilidad...”

(Jaén, 2008: 9)

Para além das manifestações centrais (perturbação da atenção, hiperactividade e impulsividade), existem crianças com PHDA que apresentam outras perturbações, tais como perturbações de comportamento, emocionais, das aquisições académicas, da linguagem e da motricidade.

Fernandes (2001), faz referência a várias situações de comorbilidade destacando: as perturbações de aprendizagem, a perturbação de oposição, a perturbação do comportamento, a perturbação do humor/ansiedade, a perturbação do desenvolvimento da coordenação motora, a perturbação de asperger e as perturbações de tiques. De acordo com o Fernandes, a frequência das condições coexistentes é a seguinte: perturbações das aquisições académicas 20-30%; perturbações psiquiátricas (como grupo) 50-65%, perturbação depressiva 9-38%, perturbação da ansiedade 25%; comportamento anti-social e perturbações da conduta 25%. Bromberg (2006), refere as comorbilidades que mais frequentemente acompanham a PHDA são: o distúrbio de oposição (60%), as dificuldades de aprendizagem (40%), os problemas de conduta (30-40%), depressão (40-50%), ansiedade (25%), perturbação bipolar (25%) e síndrome de Tourette (50% dos que possuem este diagnóstico, também têm PHDA).

Um estudo realizado em Espanha aborda a PHDA e a comorbilidade com os distúrbios depressivos e de ansiedade, em que foram observados 90 casos com hiperactividade, com idades dos 6 aos 16 anos, recorrendo aos critérios propostos pelo DSM-IV, tendo-se verificado a seguinte distribuição dos distúrbios: ansiedade generalizada 45%; ansiedade de separação 18%; fobia simples 15%; fobia social 10%; distúrbio obsessivo-compulsivo 5%; depressão major 3% e distímia 3% (Villalobos, Pintado & Mateos, 2004). Ainda de acordo com os autores, vários estudos referem uma incidência destes distúrbios em 20-40% das situações com PHDA.

Artigas-Pallarés (2003) considera que as perturbações com que a PHDA se associa com maior frequência são: síndrome de Tourette, as perturbações generalizadas do desenvolvimento, as perturbações da comunicação, as perturbações da aprendizagem, as perturbações de comportamento, as perturbações de ansiedade e a deficiência mental.

Pérez e Benito (2004) e Cornejo et al., (2005), estimam que os problemas psiquiátricos apareçam em mais de 50% das situações com PHDA e referem como os mais comuns, a perturbação da ansiedade (ansiedade de separação, fobias), as alterações de humor (depressão), tiques crónicos, síndrome de Tourette e problemas de conduta. Ainda na perspectiva dos autores, também são muito comuns os problemas de aprendizagem, tais como, dificuldades ao nível da escrita, da compreensão de textos, do cálculo e resolução de problemas aritméticos.

Fonseca, Rebelo, Simões e Ferreira (1995) realizaram um estudo no concelho de Coimbra, no qual participaram quatro grupos de alunos: um grupo com alunos hiperactivos puros, um com anti-sociais puros, outro com alunos concomitantemente hiperactivos e anti-sociais (grupo misto) e um grupo de controlo. Os instrumentos utilizados foram um teste colectivo de inteligência, uma prova de leitura, de matemática e um ditado (construídos especificamente para o 2º, 4º e 6º anos de escolaridade) e uma entrevista para pais. Os quatro grupos foram igualmente sujeitos a comparação num questionário de comportamentos anti-sociais (preenchido por cada aluno), no *Inventário de Comportamentos da Criança para Pais* (ICCP), no *Inventário de Comportamentos da Criança para Professores* (ICCPR) e na *Escala Revista de Conners para Professores*. Relativamente às conclusões deste estudo, salienta-se que os alunos do grupo misto foram, em geral, considerados os mais problemáticos, verificando-se uma maior probabilidade de apresentarem futuras manifestações ao nível da inadaptação social, pelo que exigirão uma intervenção o mais precocemente possível.

Vários autores referem como referem como problemas associados à PHDA, os problemas de comportamento, a conduta desafiadora, a agressividade, os problemas de relacionamento, as dificuldades de aprendizagem, as alterações perceptivo-motoras e os distúrbios emocionais (Farré & Narbona, 2003; Fonseca, 1998; Rohde & Halpern, 2004).

Na perspectiva de Szerman (2008) é essencial clarificar que, os problemas emocionais, sociais e familiares surgem, como consequência da PHDA. Salienta ainda a

grande comorbilidade existente entre a PHDA e os distúrbios emocionais, ansiedade e problemas de conduta.

A Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva (2008) refere que, particularmente nos sujeitos de sexo feminino, há indicadores de baixa auto-estima, desorganização, desânimo e mau humor.

O estudo realizado pelo *Instituto Nacional de Salut Mental* (NIHM) e publicado no *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (em 1999), contemplou 140 raparigas, com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, diagnosticadas com PHDA e um grupo com 122 meninas, com idades similares, mas sem diagnóstico de PHDA. As principais conclusões foram as seguintes: as raparigas com PHDA apresentam maior frequência de problemas associados (comorbilidade), aproximadamente 45%, quando comparadas com as raparigas sem PHDA. Apesar da taxa de comorbilidade se apresentar elevada, nos rapazes é seguramente o dobro. Há uma maior incidência de comportamentos disruptivos nos rapazes do que nas raparigas.

Vários estudos enfatizam, de modo especial, a grande associação entre a PHDA e os *problemas de comportamento* ou de *oposição*.

No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV-TR (2002), é referido uma proporção substancial (quase metade) das crianças com PHDA apresenta também perturbação de oposição ou perturbação do comportamento.

Barkley (1998a), refere que poderá atingir 65% das situações. García (2001) considera que podem existir 80% de crianças com PHDA que têm associados problemas de conduta.

Martínez-León (2006), refere que a PHDA apresenta comorbilidade com problemas de aprendizagem, perturbação de oposição desafiante e problemas de comportamento.

Boavida, Porfírio, Nogueira e Borges (1998) salientam que crianças com PHDA, frequentemente também preenchem os critérios de diagnóstico de outras perturbações comportamentais, tais como: o distúrbio de oposição e o de conduta. Estas são duas situações, conduzem normalmente, a comportamentos negativistas, hostis e anti-sociais.

Segundo estudos realizados por Blázquez-Almería, Joseph-Munné e Burón-Masó (2005), a modalidade mais frequente da PHDA é o tipo misto (DSM-IV-TR) e apresenta

comorbilidade com os problemas de comportamento (transtornos de conduta). Estes autores referem igualmente que à medida que aumenta a idade, observa-se uma tendência para a diminuição dos comportamentos hiperactivos e, em contrapartida, regista-se um aumento das dificuldades de aprendizagem.

Segundo Parker (2006), quando uma criança ou adolescente apresenta PHDA, paralelamente existe uma maior probabilidade de apresentar outros problemas relacionados, como o comportamento, a aprendizagem ou o nível de funcionamento social e emocional. O autor refere que cerca de 60% dos sujeitos com PHDA do tipo predominantemente hiperactivo/impulsivo, são descritos pelas famílias como difíceis de controlar, teimosos e com comportamentos de desafio. Apresentam níveis de inconformidade de tal forma elevados que são vistos como tendo uma perturbação associada, mais especificamente um distúrbio disruptivo do comportamento. Estas crianças revelam muitas características marcantes, tais como: enfurecem-se com facilidade e variadas vezes, discutem constantemente com os adultos, desafiam e questionam os pedidos ou regras dos adultos, habitualmente culpam os outros dos seus próprios erros, entre outros aspectos. O autor refere ainda que 25% das crianças apresentam dificuldades de aprendizagem. Estas consistem num défice em um ou mais processos psicológicos básicos envolvidos na compreensão ou utilização da linguagem falada e/ou escrita. Parker (2006), salienta também que as crianças com PHDA podem também apresentar vários problemas de ordem social.

Souza, Serra, Mattos e Franco (2001), conduziram um estudo com trinta e quatro crianças e adolescentes (com idades entre os 6 e os 16 anos), identificados com PHDA, pretendendo avaliar a comorbilidade com outros distúrbios psiquiátricos. Para o efeito, recorreram ao questionário *P-CHIPS* (desenvolvido por DuPaul e colaboradores) administrado aos pais dos sujeitos em estudo. Os autores constataram uma enorme percentagem de comorbilidades (85,7%), sendo os mais comuns, o distúrbio de conduta (39,2%) e o distúrbio de oposição/desafio (20,6%).

Segundo Silva, Nossa, Silvério e Ferreira (2008), os distúrbios disruptivos do comportamento são os que se verificam mais frequentemente e os que originam mais incidentes críticos em contexto escolar.

Os *problemas escolares e de aprendizagem* são igualmente dos mais relevantes e, naturalmente, podem acompanhar a perturbação de hiperactividade/défice da atenção.

O DSM-IV-R (2002) refere que, os défices escolares e os problemas associados à escola, tendem a ser mais evidenciados nas crianças com falta de atenção, o que pode gerar conflitos em contexto familiar e escolar.

Marcelino et al., (1998), realizaram um estudo comparativo entre as *dificuldades específicas de aprendizagem* e a hiperactividade, de forma a estabelecer critérios de diagnóstico diferencial, recorrendo a um conjunto diversificado de instrumentos de avaliação psicológica. Face a esse objectivo, compararam um grupo de crianças com PHDA (média de idade de 8.13 anos) e um grupo de crianças com dificuldades específicas de aprendizagem (média de idade de 10,48), tendo sido administradas a *Escala de Inteligência de Wechsler* (WISC), a *Figura Complexa de Rey* e os questionários de problemas de comportamento de crianças para pais e professores de Achenbach. Ao nível da conclusão e discussões, destacam-se os obstáculos para estabelecer um diagnóstico diferencial, baseado em procedimentos tradicionais da análise sintética dos resultados. Os dados do estudo realizado mostraram que ainda existem várias questões em aberto no que concerne à relação entre PHDA e dificuldades de aprendizagem. Deste modo, Marcelino et al (1998), salientam a necessidade de se realizar uma avaliação dinâmica e mais analítica.

Fernandes (2001) refere que 10 a 16% das crianças apresentam perturbações específicas de aprendizagem, destacando principalmente a dislexia. O autor faz menção à definição utilizada pela *Associação Internacional de Dislexia* (Annals of Dyslexia), que é descrita como uma incapacidade específica de aprendizagem, de ordem neurobiológica, caracterizada por dificuldades na correcção e/ou fluência na leitura de palavras e por baixa competência leitora e ortográfica. Estas dificuldades resultam de um défice fonológico, inesperado, em relação às outras capacidades cognitivas e às condições educativas. Secundariamente podem surgir dificuldades de compreensão leitora, experiência de leitura reduzida que pode impedir o desenvolvimento do vocabulário e dos conhecimentos gerais.

Os *atrasos psicomotores* também podem acompanhar a PHDA. Vaquerizo (2004b) realizou um estudo com 150 alunos, avaliados com a escala de Gillberg (EENG), tendo concluído que a PHDA tem uma relação muito estreita com a coordenação motora. Quando se analisaram crianças com problemas ao nível da coordenação motora, observaram uma

alta incidência da PHDA que representou 50% da população estudada. Ao observarem sujeitos com PHDA, descobriram igualmente que 50% deles apresentavam dificuldades na motricidade e coordenação motora.

Sabbag (2004) realizou um estudo que teve como objectivo avaliar o perfil psicomotor de alunos, idades entre os 6 e os 11 anos, com indicadores positivos de PHDA, de escolas de Curitiba. Como considerações finais, a autora defende que os alunos com PHDA possuem, de facto, um atraso ao nível do desenvolvimento motor que pode acontecer devido à ausência de uma manutenção da atenção adequada ou, pode igualmente estar relacionada, a uma lesão cerebral do sistema nervoso central.

Com o objectivo de analisar a relação entre défices neuropsicológicos e hiperactividade em crianças, Fonseca et al (1998) compararam um *grupo de sujeitos hipercinéticos* (36 rapazes e 11 raparigas) com um *grupo de controlo normal* (105 rapazes e 89 raparigas de várias escolas e organizações de tempos livres – ATL) e com um *grupo de controlo clínico* (constituído por 65 rapazes e 23 raparigas enviados à consulta de psicologia em vários centros especializados de saúde mental de Coimbra). Foram utilizadas várias provas neuropsicológicas (*Figura Complexa de Rey*, *Teste de coordenação visomotora de Bender*, *Jogo das Cartas*, *Escala de Inteligência de Wechsler – WISC*, entre outras medidas), tendo os resultados indigitado apenas, parcialmente, para a hipótese de um défice neuropsicológico em crianças com PHDA. O desempenho das crianças hipercinéticas nas provas realizadas é muito inferior ao das do grupo de controlo da normal (comunidade), contudo, apresenta similaridades com o grupo de controlo clínico.

Quanto aos aspectos de atenção, Lopes (1996) refere que, apesar das tarefas de realização contínua (TRC), serem habitualmente referenciadas como tarefas de vigilância ou de manutenção da atenção, exigem competências de atenção selectiva e de controlo da impulsividade. Deste modo, apesar do enfoque dado ao défice específico na manutenção prolongada da atenção das crianças com PHDA, o autor salienta que a maioria dos estudos tem-se centrado na comparação das crianças com PHDA com crianças ditas “normais”, descurando assim, a comparação com outros grupos (tais como, crianças com problemas de aprendizagem e/ou de comportamento, instabilidade emocional). Esta comparação com grupos distintos torna-se necessária, para que possamos determinar se o défice de atenção é efectivamente específico ou não das crianças que apresentam PHDA.

Servera e Cardo (2006), de forma a demonstrar que a atenção prolongada (também designada por atenção sustentada ou mantida), está relacionada com a PHDA e as perturbações de aprendizagem, realizaram um estudo instrumental recorrendo à *CSAT* (atenção continuada na infância), numa amostra de 584 crianças com idades entre os 6 e os 11 anos, tendo concluído que as medidas da *CSAT* mostram mais implicações com a desatenção e o rendimento escolar do que com a hiperactividade.

Por último, as relações entre a PHDA e os *problemas de sono* também têm sido investigadas. Neves e Reimão (2007), realizaram um estudo com 50 crianças e adolescentes, com idades entre os 4 e os 17 anos, diagnosticados com PHDA, tendo encontrado ligações significativas entre as alterações do sono e farmacologia, tendo concluído que as alterações do sono são relevantes em sujeitos com PHDA e podem estar associadas ao aumento de sintomas.

Chervin et al., (2002), realizaram um estudo com 866 crianças, com idades entre os 2 e os 13 anos, utilizando um questionário para avaliar o sono (mais especificamente o ressonar e a sonolência), tendo verificado que 16% das crianças ressonavam. De acordo com a perspectiva dos autores, a PHDA está associada ao aumento da sonolência diurna (em especial, nos rapazes mais novos).

David Gozal et al., (2003), investigador da Universidade de Louisville, no estudo publicado na revista *Pediatrics*, considera que, apesar de muitas vezes se considerar a criança como hiperactiva, podem existir apenas problemas de sono. Segundo o autor, os distúrbios de sono podem estar na origem da PHDA. O estudo realizado descobriu que um quarto das crianças, entre os 5 e os 7 anos, com sintomas leves de PHDA, também ressonavam. Em algumas situações, as crianças apresentavam apneia do sono. O autor salienta que muitas das crianças não são submetidas a uma avaliação rigorosa, pelo que os pais devem estar conscientes que, em algumas dessas crianças, os sintomas de PHDA, podem estar relacionados com o facto de ressonarem e terem apneia do sono.

De referir que também no nosso país existem dados sobre a associação entre sintomas de hiperactividade e padrões de sono (Carvalho Bos, Gomes et al., 2008). Num estudo em 779 crianças do 1º CEB da população geral, com idades dos 6 aos 11 anos, sem medicação psico-estimulante, sintomas de hiperactividade na escola (avaliados pela escala de Rutter para preenchimento pelo professor) mostraram-se associados a resistência à hora

de deitar nos rapazes. Tal pode representar uma extensão dos problemas de hiperactividade apresentados pela criança durante o dia na escola. Assim, disponibilizar aos pais informação acerca de boas práticas de higiene de sono poderá beneficiar crianças com sintomas de hiperactividade e resistência em ir para a cama. Crianças com sintomas de hiperactividade também revelaram maior duração de sono. A este respeito os dados da literatura são contraditórios e existem diversas interpretações. Por exemplo, a explicação pode residir no estado de hipoactivação que se julga associado à hiperactividade, mas também é possível que crianças com problemas de hiperactividade tenham um sono menos consolidado, precisando de mais tempo para que se complete o processo de recuperação metabólica supostamente proporcionado pelo sono (cf. Carvalho Bos et al., 1998).

3.1. Problemas de Comportamento

“Os distúrbios do comportamento na criança e no adolescente aparecem frequentemente associados aos distúrbios hipercinéticos, tanto em estudos de inquérito à comunidade como em investigações com população clínica” (Fonseca, Rebelo, Simões & Ferreira, 1995: 107).

Neste capítulo, já tivemos oportunidade de enfatizar a associação frequente entre a PHDA e os problemas de comportamento.

Pelo facto da escala EDAH valorizar e englobar os problemas de comportamento, resolvemos determo-nos um pouco mais sobre estes, tendo em linha de orientação a designação referida no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição (DSM-IV-TR), da Academia Americana de Psiquiatria (APA). Deste modo, consideraremos duas classificações, a *Perturbação do Comportamento* e a *Perturbação de Oposição*.

Relativamente à *Perturbação do Comportamento*, a característica essencial, segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (2002), é um padrão de comportamento persistente e repetitivo no qual os direitos básicos dos outros ou normas de relacionamento social são violados. A *Perturbação do Comportamento* integra-se em quatro principais grupos:

- a) Comportamento agressivo com pessoas ou animais;

- b) Destruição da propriedade;
- c) Falsificações ou roubos;
- d) Violações graves das regras.

Existem três graus de severidade: ligeiro (poucos ou nenhuns problemas de comportamento e com poucos prejuízos), moderado e grave (verificam-se muitos problemas de comportamento e causam prejuízos consideráveis aos outros). Os sujeitos que apresentam esta perturbação possuem fraca empatia e escassa preocupação com os sentimentos, desejos e bem-estar em relação aos outros.

Convém referir que, mesmo que os sujeitos que apresentam PHDA possam também revelar comportamentos hiperactivos/impulsivos que podem ser disruptivos, estes comportamentos por si só não violam as normas sociais adequadas à idade e, deste modo, não preenchem habitualmente os critérios de perturbação de comportamento.

Segundo o DSM-IV-TR (2002), quando se verificam em simultâneo os critérios de diagnóstico de PHDA e de *Perturbação de Comportamento*, devem ser realizados dois diagnósticos distintos.

No que concerne à ***Perturbação de Oposição***, como característica base há a salientar comportamentos negativistas, desafiadores, desobedientes e hostis face às figuras de autoridade, com duração mínima de seis meses. Esta perturbação é ilustrada pela frequente ocorrência de quatro ou mais dos seguintes comportamentos:

1. Sentimentos de cólera;
2. Discussão com adultos;
3. Conduta desafiante / recusa cumprir regras estipuladas;
4. Aborrece deliberadamente outras pessoas;
5. Culpabiliza os outros relativamente a falhas suas ou mau comportamento;
6. Susceptível / molestado por terceiros;
7. Sentimentos de raiva / ressentimento;
8. Sentimentos de rancor / vingança.

O diagnóstico para a *Perturbação de Oposição* apenas é considerado quando não estão preenchidos os critérios necessários para a existência de uma *Perturbação do Comportamento*. A PHDA aparece frequentemente relacionada com a *Perturbação de Oposição*. Para considerarmos a existência desta perturbação, deve verificar-se défices significativos ao nível do funcionamento social / escolar.

CAPÍTULO 4

PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DA ATENÇÃO: DIAGNÓSTICO E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

“La maior parte de niños com TDAH siguen sin diagnóstico o recibiendo diagnósticos muy tardíos”

(Jaén, 2008: 8)

Farré e Narbona (2003), referem que a elaboração de um instrumento de avaliação para a hiperactividade e défice da atenção, tem sido objecto de muitos trabalhos, entre os quais referem no seu estudo: *Attention Deficit Disorder Comprehensive Teacher Rating-scale* (ACTERS) de Ullman, Sleator e Sprague (1984); *Self control rating scale* (SCRS) de Kendal e Wilcox, 1979; *Child Attention/Activity Profile* (CAP), de Edelbrock e Barkley (1988); *Preschool Competence Questionnaire* de Olson (1984); *School Situations Questionnaire* (SSQ) de Barkley; *Social Adjustment Scale Self-report* (SASSR) de Orvaschel (1980).

Farré e Narbona (2003), fazem especial referência a dois instrumentos que consideram de maior difusão para a avaliação da PHDA, o *Questionário de Gillberg* (1982) e as *Escalas para Pais e Professores de Conners* (1969, 1978, 1980). Este último goza de grande difusão a nível internacional, tendo sido utilizado em países como a Austrália, Grã-Bretanha, Estados Unidos, entre outros, pelo que se transformou num importante meio de comparação transcultural (Farré & Narbona, 2003). Em Espanha, a *Escala de Conners* (versão reduzida de 28 e 48, para pais e professores, respectivamente) foi adaptada pelos autores em 1984 (Farré & Narbona, 1989).

A versão original da *Escala de Conners* para professores surgiu em 1969, posteriormente Goyette, Conners e Ulrich em 1978, apresentam a *Escala Revista de Conners para professores – Conners 28*. A escala destina-se a identificar problemas de comportamento, em especial, problemas de hiperactividade, em crianças e adolescentes.

Em 1996, surge a versão portuguesa da *Escala Conners 28*, adaptada por Fonseca e colaboradores. Os estudos realizados em Portugal incluíram uma amostra de 1420 alunos do 2º, 4º e 6º anos de escolaridade, em escolas do ensino básico do concelho de Coimbra,

sendo a grande maioria oriunda da classe média e baixa. Relativamente às conclusões dos estudos portugueses salientam-se: as boas qualidades psicométricas do questionário, a estrutura factorial revelou-se diferente da versão americana, nenhum factor foca exclusivamente um conjunto de problemas de comportamento e os valores obtidos foram mais elevados do que os equivalentes americanos. Em síntese, verificou-se que os rapazes apresentaram resultados mais elevados do que as raparigas, o número de problemas da criança tendia a diminuir com a idade e nível escolar e os alunos de níveis socioeconómicos mais baixos apresentaram frequências mais altas de problemas de comportamento.

Simões (1998) faz referência às diversas versões das *escalas de Conners* e considera que são úteis no despiste inicial da psicopatologia, mas que não conseguem abranger a mesma amplitude de dimensões psicopatológicas de escalas como o *Child Behavior Checklist* (CBCL) e o *Teacher Report Form* (TRF). Estas últimas serão mais adiante abordadas.

Vaquerizo (2004b) realizou um estudo com 150 alunos e todos foram avaliados com o recurso à *Escala de Gillberg* (EENG). Esta escala avalia o grau de maturidade da coordenação e está construída de forma a aplicar-se a sujeitos a partir dos 6-7 anos. A prova é constituída por seis subtestes que abarcam distintos itens ao nível da motricidade grossa, coordenação e grafismo.

As *Escalas de Rutter* (1967; 1970) têm sido um dos instrumentos de grande utilidade na avaliação da PHDA. O *questionário de Rutter* para o professor é constituído por 26 itens e possibilita a definição de duas categorias diagnósticas: as perturbações neuróticas ou emocionais e as perturbações anti-sociais ou de conduta [Mas também permite obter três pontuações: Emocional/Neurótica; Conduta/Anti-social; Hiperactividade (cf. Gomes et al., 2006)]. O *Questionário de Rutter* para pais é constituído por 31 itens, distribuídos por 3 secções. Azevedo et al (1986) realizaram a adaptação do questionário para pais para o nosso país. As qualidades psicométricas da versão portuguesa são adequadas, conforme o estudo inicial de adaptação e estudos seguintes (cf. Pereira et al., 2008). O questionário já foi utilizado em várias investigações destinadas a avaliar a frequência dos problemas de comportamento, quer em grupos normais, quer em grupos específicos (como é o caso de crianças com epilepsia).

Simões (1998), faz referência a vários instrumentos e escalas de avaliação para a avaliação psicológica e diagnóstico da PHDA, referindo que as escalas de avaliação são um ponto essencial e indispensável na avaliação de crianças e adolescentes com hiperactividade. Seguidamente abordaremos os instrumentos considerados pelo autor como bastante úteis para a PHDA: a *Entrevista Estruturada de Avaliação da Hiperactividade* (ADHD) de Barry Garfinkel; o *Guião de Entrevista P.A.C.S* (exemplos adaptados).

Em relação às Escalas de Avaliação, Simões (1998), proporciona-nos algumas referências, que passaremos a enunciar: O *Child Behavior Checklist* (CBCL); o *Teacher Report Form* (TRF), de Achenbach (1991). Considerando a perspectiva do autor, estes dois instrumentos são considerados dos mais relevantes e representativos. Simões refere ainda a *Behavior Assessment System for Children* (BASC) de Reynolds e Kamphauss (1992), que dispõe de uma versão para pais (BASC-PRS), uma versão para professores (BASC-TRS) e uma versão de auto-resposta para crianças e adolescentes (BASC-SRP, *Self-Report of Personality*). Trata-se de uma escala de avaliação multidimensional que permite uma representação compreensiva do funcionamento comportamental e emocional, possibilitando também um trabalho eficaz ao nível da comparação das informações obtidas. Esta escala contém ainda uma história do desenvolvimento estruturada e uma folha de registo e classificação do comportamento observado em contexto de sala de aula.

No que concerne às Escalas de Avaliação de dimensão singular (escalas unidimensionais), Simões (1998) refere que se debruçam sobre a análise de um único problema de comportamento e podem, de igual forma, ser utilizadas numa primeira abordagem da PHDA. Neste âmbito, o autor descreve-nos as escalas que considera mais importantes e com maiores potencialidades, as quais passamos a referir: a *Home Situations Questionnaire* (HSQ) de Barkley (1981) que permite a avaliação da variabilidade situacional do comportamento, assim como averiguar a extensão da gravidade dos problemas comportamentais. A *School Situations Questionnaire* (SSQ) de Barkley (1981), é utilizada no exame de situações típicas de ocorrência de problemas de comportamento em contexto escolar. Esta escala aborda diversos episódios escolares comuns e permite obter dois tipos de resultados: o número de contextos onde os problemas se verificam e uma média das estimativas de gravidade. A sua principal limitação relaciona-se com o número reduzido de estudos psicométricos disponíveis (Simões, 1998).

Simões (1998) refere também a *Escala de Avaliação ADHD* de DuPaul (1991) que permite um despiste rápido do número e gravidades dos sintomas da PHDA. A versão relativa ao comportamento em casa, *Home Version*, tem em atenção os critérios de diagnóstico do DSM-III-R. Por outro lado, a *Escala de Avaliação do Desempenho Escolar* (*Academic/Performance Rating Scale - APRS*) de DuPaul, Rapport e Perriello, 1991, tem como objectivo assegurar que a realização escolar não é negligenciada, procurando identificar o desempenho escolar dos alunos (em detrimento dos problemas de comportamento), uma vez que o rendimento escolar é também um dos problemas mais comuns das crianças com PHDA.

Tal como Farré e Narbona (2003), também Simões (1998) faz referência à Escala *Attention Deficit Disorder Comprehensive Teacher Rating-scale* (ACTERS) de Ullman, Sleator e Sprague (1984, 1985), salientando que foi construída para a avaliação das perturbações de défice de atenção e as respostas ao tratamento. A escala é constituída por 24 itens que se encontram agrupados em 4 subescalas que são a atenção, hiperactividade e dois outros factores não directamente relacionados com a PHDA: o comportamento provocador (de oposição) e os problemas sociais.

Encontrámos igualmente referências às Escalas *Child Attention/Activity Profile* (CAP) de Edelbrock (1986) e *Self Control Rating Scale* (SCRS) de Kendal e Wilcox, 1979, tanto por Farré e Narbona (2003), como por Simões (1998). Em relação à CAP, estudos preliminares sugerem que se trata de um instrumento útil e sensível aos efeitos da medicação e também no acompanhamento da evolução das crianças em risco de manifestarem PHDA (Simões, 1998). No que concerne à SCRS, é uma escala constituída por 33 itens que nos indicam qual a capacidade da criança em seguir regras, inibir o comportamento e controlar a impulsividade (Simões, 1998). Neste âmbito, o autor refere ainda a *Attention Deficit Disorders Evaluation Scale* (ADDES) e a *AD/HD Diagnostic Teacher Rating Scale* de Wolraich *et al*, 1998, a qual se baseia nos critérios referidos no DSM-IV.

Lopes (2004) refere que um dos questionários mais úteis é o da Associação Americana de Psiquiatria (APA) de 1994. Faz igualmente referência ao *Rating Scale-IV* (ADHD) de DuPaul, Power, Anastopoulos e Reid, de 1998. Esta escala é constituída por

duas versões, uma para ser preenchida pelos pais e outra pelos professores, tendo sido criadas diferentes normas para os sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino.

Lopes (2004) salienta também o questionário criado por Barkley, em 1997, que se traduz num instrumento muito útil na avaliação do comportamento em contexto familiar (casa), que aborda situações exigentes ao nível da inibição comportamental e das funções executivas.

Parker (2006), considera que algumas das escalas de avaliação mais utilizadas são, as *Escalas de Conners* (revista) para pais e professores, a *Escala de Avaliação Compreensiva* (DDAH), a lista de verificação de comportamento na criança, a Escala de Brown para Desordem por Défice de Atenção, entre outras.

Em 2000, surge no Brasil a *Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade* de Benczik, que se destina exclusivamente a professores e tem como objectivos primordiais avaliar o défice da atenção, a hiperactividade/impulsividade, os problemas de aprendizagem e o comportamento anti-social (Benczik, 2000). A Escala foi adaptada para a população escolar portuguesa por Candeias et al (2005) em estudos conduzidos pela Universidade de Évora.

Boavida, Porfírio e Borges (1998), consideram que a avaliação de crianças com PHDA deverá incluir uma avaliação cognitiva e académica, tendo como objectivo estabelecer um perfil psicométrico e de desempenho académico. Os autores salientam que é particularmente útil na determinação das áreas fracas e na recolha de informações sobre aspectos específicos da capacidade de atenção, de aprendizagem e de inteligência. Os autores referem, também, a necessidade de incluir na avaliação médica, o maior número de informações possíveis: história pessoal e familiar, factores de risco (pré, peri e pós-natais), exame físico, avaliação do neurodesenvolvimento, da visão e da audição.

Vicente e Ruiz (2004) salientam que a PHDA não é fácil de identificar, devido às suas características sintomatológicas. Por outro lado, os professores não possuem formação específica nesta área, o que conduz a identificações erradas da PHDA e à ausência de conhecimento de estratégias de intervenção para actuar com os alunos que apresentam esta perturbação. Na opinião dos autores, o professor tem uma posição privilegiada para construir e intervir no processo de ensino-aprendizagem dos alunos com PHDA. Claro que

não cabe ao professor realizar o diagnóstico. Este apenas pode ser feito por um profissional qualificado para tal, como um psicólogo ou um pedopsiquiatra.

Segundo Lopes (2004), o diagnóstico da PHDA deverá contemplar várias etapas, as quais se passam a citar: a entrevista com a criança/adolescente e os pais, realizada por um psicólogo ou outros profissionais com formação a este nível; a realização do exame médico; o preenchimento de questionários pelos pais e professores; a entrevista com os professores desses alunos; a observação directa do comportamento nos vários contextos de vida da criança/adolescente. Contudo, Lopes salienta que em Portugal torna-se difícil o preenchimento de todos estes requisitos, em virtude deste tipo de perturbação ser ainda pouco reconhecido e muitos profissionais não se sentem aptos para realizar este tipo de diagnóstico. Por outro lado, Simões (1998) refere que apesar dos limites inerentes às escalas de avaliação, são consideradas como ferramentas indispensáveis no exame das situações de suspeita de PHDA. Estes instrumentos permitem-nos objectivar a ocorrência de comportamentos em contextos vários e auxiliando na definição do carácter desviante dos comportamentos, por comparação dos resultados com as normas existentes.

A maioria dos instrumentos referenciados é, sem dúvida, útil e necessária para a avaliação da PHDA. Seja qual for a ferramenta que se utilize para a detecção da perturbação, deve ser tida em atenção que quanto mais instrumentos e informações se conseguir reunir, mais fidedigno será o diagnóstico. É neste âmbito que escolhemos para o nosso estudo a escala EDAH que, por si só, apenas nos proporcionará hipóteses diagnósticas mas que se revelará de grande importância, no completamento do diagnóstico e recomendações terapêuticas.

Desde a sua publicação pela *TEA Ediciones* em 1998, a EDAH tem sido amplamente utilizada no âmbito educativo, médico e psicológico. Sem dúvida, para isso, contribuiu a simplicidade da prova e a facilidade de cotação e manuseamento (Farré & Narbona, 2003).

A anamnese, as informações escolares (livres e estruturadas no questionário), a observação directa, a avaliação com instrumentos e os critérios clínicos do DSM-IV-TR, universalmente aceites, devem complementar-se para o diagnóstico da PHDA (Farré & Narbona, 2003).

PARTE II
PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DA
ATENÇÃO: ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 5

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

“Uma tese, ou dissertação, pode ser comparada a um funil. Começamos por uma temática bastante abrangente e encetamos um esforço de delimitação progressiva do nosso campo de análise, de modo a podermos testar as nossas hipóteses ou atingir os objectivos de investigação que formulámos no início do trabalho”

(Reto & Nunes, 2001: 26).

5.1. Problemática

Após a realização da explanação teórica, em que nos debruçamos sobre vários aspectos inerentes à PHDA, chega-se à parte metodológica, fase de precisão, de técnica e de planeamento. “Qualquer investigação é conduzida tendo em vista esclarecer uma dúvida, replicar um fenómeno, testar uma teoria ou buscar soluções para um dado problema. Colocado de formas diversas, toda a investigação tem um alvo ou um problema a analisar” (Almeida & Freire, 2007: 36).

Deste modo, inicia-se o presente capítulo reiterando o já referido na primeira parte do trabalho, sendo que a escassez de trabalhos rigorosos que validem a perturbação de hiperactividade e défice da atenção é ainda a causa da grande confusão conceptual existente, o abuso no diagnóstico e as dificuldades em seleccionar tratamento adequado (Farré & Narbona, 2003). Esta fundamentação apresentada pelos autores, é esclarecedora relativamente às dificuldades que actualmente ainda nos deparamos para a avaliação da perturbação.

Casado (2002) salienta que frequentemente observamos crianças irrequietas, impulsivas, que não conseguem terminar as tarefas devido à falta de atenção e, rapidamente, passamos a estigmatizá-las como hiperactivas. Deste modo, para não correremos o risco de diagnosticarmos incorrectamente as crianças/adolescentes, devemos considerar o diagnóstico como um todo, sendo necessário reunir o máximo de informações e recorrer a vários instrumentos para um diagnóstico correcto da PHDA.

Também Málaga (2008) constata que tem vindo a aumentar de forma gradual o número de situações diagnosticadas com hiperactividade. Segundo o autor, verifica-se uma exaustiva campanha de difusão ao público em geral e, sobretudo, em relação aos profissionais de educação, o que tem propiciado o aumento de crianças e jovens, erradicamente, identificados com PHDA. O autor considera que corremos o risco de um diagnóstico exacerbado ou incorrecto em relação a todas as crianças que sejam mais inquietas ou desatentas.

De igual forma Cabral (2005) refere que a frequente confusão entre hiperactividade e má educação tem na sua origem a enorme dificuldade que as crianças com PHDA apresentam em controlar a actividade motora e os impulsos, no cumprimento das regras ou em conseguirem permanecer quietos sem perturbarem os outros. Essas crianças não se portam mal porque querem, mas sim porque não o conseguem evitar.

Farré e Narbona (2003) referem que ainda se verifica a escassez de trabalhos válidos a nível científico origina, frequentemente, grandes confusões ao nível da definição, diagnóstico e tratamento da PHDA.

Às dificuldades de diagnóstico, acrescenta-se que no nosso país dispomos de muito poucos instrumentos de avaliação psicológica devidamente aferidos para a população portuguesa. Simões (1998) salienta que a ausência de normas representativas, relativamente à população portuguesa e aos distintos grupos clínicos, conduz-nos a uma necessidade urgente de realizar mais investigações e de reconsiderar o papel da avaliação. O autor refere ainda, que os métodos de avaliação psicológica são fundamentais para reunir informação e construir a realidade psicológica do aluno.

Em suma, as dificuldades no diagnóstico da PHDA, por um lado, e a escassez de instrumentos específicos para avaliação desta perturbação devidamente adaptados e aferidos para o nosso país, constituem duas das razões que justificam, a nosso ver, a pertinência da investigação que decidimos conduzir.

A escala EDAH foi escolhida por considerarmos que é de fácil compreensão e aplicação e que nos proporciona de forma rápida, simples e clara, uma primeira hipótese da existência, da hiperactividade/impulsividade, do défice da atenção e ainda da eventualidade de existirem, ou não, problemas de comportamento associados. De salientar que a referida Escala recebeu o prémio *TEA Ediciones*, em Espanha em 1997.

Farré e Narbona (2001, 2003) mencionam várias preocupações que estiveram subjacentes ao desenvolvimento da Escala EDHA:

Em primeiro lugar, a escala deveria medir exclusivamente os principais sintomas da PHDA: hiperactividade, impulsividade e défice da atenção.

Em segundo lugar, deveria permitir efectuar as distinções introduzidas no DSM-IV, entre PHDA predominantemente hiperactivo/impulsivo, PHDA predominantemente desatento e PHDA de tipo combinado.

Em terceiro lugar, tendo em consideração a forte correlação entre PHDA e os problemas de comportamento e o grande valor factorial deste sintoma com os centrais da perturbação, consideraram importante que a escala permitisse estabelecer limites entre a PHDA e os problemas de comportamento e, diferenciar se estes últimos, são uma entidade única e distinta ou se são sintomas secundários inerentes à PHDA (Farré & Narbona, 2003).

Por último, considerando que, em numerosos estudos, a correlação entre as escalas de pais e a de professores era extraordinariamente baixa, os autores valorizaram a necessidade de uma única escala dirigida a professores.

A EDAH permite avaliar os principais sintomas da PHDA de uma forma simples, rápida e objectiva, tendo por base a informação fornecida pelo professor da criança em estudo. A informação do professor é especialmente valiosa, porque consegue diferenciar da informação proporcionada pelos pais, podendo comparar o aluno com o resto do grupo e valorizar o seu comportamento de uma forma mais objectiva. Efectivamente, os professores, ao contactarem com numerosas crianças, têm uma noção mais exacta do que os pais do que é típico ou norma em cada idade. Por outro lado, a informação fornecida pelo professor poderá sempre ser comparada com a dos pais, permitindo saber se o défice é situacional e, deste modo, ligado a um contexto específico (Farré & Narbona, 2003).

5.2. Conceptualização do Estudo

“O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada, segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupo de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade” (Fortin, 1999: 133).

O presente estudo é quantitativo, visto utilizar dados numéricos para obter informações, descrever e testar relações.

Trata-se ainda de um estudo descritivo, correlacional e transversal. É descritivo pelo facto de ter como objectivo caracterizar o estado actual de um determinado objecto de investigação (Reto & Nunes, 1999). É correlacional, pois, segundo Fortin (1999) visa explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis, com vista a descrever essas relações. Por fim, “por *estudos transversais* entende-se a avaliação comparativa de grupos escolar ou etariamente diferenciados, ou seja, utilizam-se vários grupos independentes retirados de diversos níveis etários, comparando-se os seus resultados obtidos num dado momento nas medidas utilizadas” (Almeida e Freire, 2007: 93).

5.3. Objectivos da Investigação

O objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que determina as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação (Fortin, 1999). “Na condução de uma investigação, o investigador é orientado por determinados objectivos operacionais. Estes vão depender da natureza dos fenómenos e das variáveis em presença, bem como das condições de maior ou menor controlo em que a investigação vai ocorrer” (Almeida & Freire, 2007: 21).

O objectivo geral do estudo é contribuir para a aferição da Escala EDAH em contextos escolares portugueses.

É da necessidade de delimitação e redefinição do objectivo geral que surgem os objectivos específicos. Estes procuram descrever, de forma clara e precisa, o que será adquirido no levantamento dos dados, indicando exactamente os dados que se pretendem obter. Nessa perspectiva, delinearam-se para o presente estudo, os seguintes objectivos específicos:

1. Adaptar para a língua portuguesa os itens e escala de resposta da EDAH;
2. Garantir a compreensão unívoca dos itens da versão portuguesa e a sua equivalência semântica em relação à versão espanhola;
3. Estudar as qualidades psicométricas da Escala EDAH, versão portuguesa;

4. Comparar os resultados da amostra portuguesa, com os resultados da amostra espanhola;
5. Caracterizar e comparar os sintomas por sexo, idade, ano escolar e áreas geográficas da amostra portuguesa.
6. Analisar a associação entre sintomas de problemas de comportamento e perturbação de hiperactividade.

5.4. Hipóteses de Investigação

A formulação de hipóteses é um processo essencial na elaboração de um trabalho de investigação, uma vez que os resultados obtidos vão depender directamente da forma como se elaboram as hipóteses.

Segundo Fortin (1999), a hipótese é um enunciado formal das interacções esperadas entre duas ou mais variáveis. Esta combina o problema e o objectivo numa exposição clara dos resultados esperados num estudo. É necessária a verificação de uma teoria ou preposições para a sua formulação. Em síntese, as hipóteses são enunciados que oferecem respostas possíveis para o problema em estudo, devendo ser sempre elaboradas com base na observação, pesquisa bibliográfica e tendo como suporte referências de outros estudos previamente elaborados. De acordo com o referido, damos a conhecer as seguintes hipóteses:

H1: Os dados encontrados no estudo das qualidades psicométricas corroboram os da literatura.

H2: Os sintomas de perturbação de hiperactividade e défice da atenção serão superiores em sujeitos do sexo masculino do que do sexo feminino.

H3: Os sintomas de hiperactividade e défice da atenção estão associados a problemas de comportamento.

H4: Os sintomas da perturbação de hiperactividade e défice da atenção variam com a idade.

H5: Os sintomas da perturbação de hiperactividade e défice da atenção variam por ano de escolaridade.

5.5. Amostra

5.5.1. Plano de Amostragem

“O processo para se chegar à definição de uma amostra designa-se por amostragem. Em termos de metodologia científica, esse processo deve possuir certos requisitos de modo a garantir a validade dos resultados e a possibilidade dos mesmos serem generalizados a uma população” (Almeida e Freire, 2007: 114). Uma população é um conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns estabelecidas por determinados critérios (Fortin, 1999). Aquando da delimitação da população, nem sempre é possível recolher informações sobre a totalidade do universo. A amostra é “o conjunto de situações (indivíduos, casos ou observações) extraído de uma população” (Almeida & Freire, 2007: 113).

Considerando o anteriormente referido, o ideal será o estudo de uma amostra o mais representativa possível da população, atendendo à condição dos aspectos que interessam ao investigador, recolhendo uma imagem abrangente, ou seja, uma parte da população que a representa e nos proporciona confiança para generalizar os resultados obtidos.

Tendo em perspectiva os passos requeridos para a recolha da amostra e depois da definição da população-alvo (alunos com idades entre os 6 e os 12 anos, do 1º ao 6º ano de escolaridade) e pelo facto do nosso estudo pretender contribuir para a tradução e adaptação da Escala EDAH, o primeiro passo foi contactar a detentora dos direitos de autor da Escala – CEGOC-TEA (Investigação e Publicações Psicológicas) de forma a solicitarmos as devidas autorizações para realizar o trabalho de dissertação. A CEGOC-TEA concedeu a autorização para utilizarmos o instrumento EDAH e, de forma a podermos dar seguimento ao projecto e formalizarmos o compromisso mútuo, foi enviado por correio, pela CEGOC-TEA o Protocolo de Colaboração (cf. Anexo 1), a celebrar entre as duas entidades (CEGOC-TEA e Universidade de Aveiro). A CEGOC-TEA sugeriu que o estudo incluísse 5 Distritos (Viseu, Coimbra, Guarda, Porto e Leiria), num total de 450 crianças distribuídas da seguinte forma (Tabela 1):

Tabela 1 Estimativa de alunos a incluir por ano e género em cada Distrito

| Ano de escolaridade | Sexo do aluno | | Total |
|---------------------|---------------|-----|-------|
| | ♂ | ♀ | |
| 1º ano | 38 | 37 | 75 |
| 2º ano | 37 | 38 | 75 |
| 3º ano | 38 | 37 | 75 |
| 4º ano | 37 | 38 | 75 |
| 5º ano | 38 | 37 | 75 |
| 6º ano | 37 | 38 | 75 |
| Total | 225 | 225 | 450 |

Foi proposto pela CEGOC-TEA a selecção de escolas situadas no Litoral (Leiria, Coimbra e Porto) e no Interior (Viseu e Guarda), das Zonas Norte e Centro do País. Posteriormente, o Distrito de Viana do Castelo foi também incluído (um Agrupamento de Escolas teve conhecimento do trabalho a realizar e mostrou-se disponível em participar), proporcionando-nos desta forma, escolas de três Distritos da Região Centro e escolas de três Distritos da Região Norte.

No âmbito deste projecto, foi necessária a recolha de uma amostra de crianças dos 6 aos 12 anos, de ambos os sexos, de várias regiões geográficas e procedentes dos vários níveis socioeconómicos (classificados de acordo com o nível de escolaridade e profissão dos pais: informação que também é contemplada no preenchimento do protocolo EDAH, para complemento da caracterização da amostra – por solicitação da CEGOC-TEA).

Como a Zona em que trabalha a mestrandia pertence ao Distrito de Viseu, foi possível a colaboração de todos os Professores do 1º e 2º ciclo de um Agrupamento de Escolas, o que permitiu que nesse Distrito, a amostra fosse de maior dimensão, do que inicialmente planeado. A hipótese da inclusão de mais um Distrito na amostra (Viana do Castelo), foi aceite pela CEGOC-TEA, pelo que passamos a ter um total de seis Distritos.

5.5.2. Amostra

O inicialmente previsto e acordado com a CEGOC-TEA seria um total de 450 alunos mas, devido à colaboração de várias Escolas e Professores, foi conseguido um

aumento muito significativo desse número, tendo sido possível uma amostra de maior dimensão (1092).

Grupo Escolar

O presente estudo realiza-se, tendo como base os dados obtidos numa amostra total de 1092 sujeitos, 551 do sexo masculino (representando 50,5% da amostra) e 541 do sexo feminino (49,5% da amostra), provenientes de distintas Escolas de Ensino Básico, com idades compreendidas entre os 6 anos e os 12 anos, abarcando toda a educação do 1º ao 6º ano de escolaridade. A amostra representa de forma equitativa ambos os sexos.

O estudo engloba quatro áreas Geográficas (Norte Litoral; Norte Interior; Centro Litoral e Centro Interior). Foram escolhidas escolas situadas nas Regiões Centro (Coimbra, Leiria e Guarda) e Norte (Viseu, Porto e Viana do Castelo), contemplando Zonas do Litoral e Interior. A CEGOC-TEA ficou responsável pela recolha no Distrito de Lisboa.

A idade média da amostra é de 9,0 anos ($DP=1,77$), sendo equivalente tanto nos rapazes ($M=8,99$; $DP=1,81$) como nas raparigas ($M=9,01$; $DP=1,73$) e encontra-se repartida como se mostra na tabela 2.

Como podemos verificar pela análise da tabela 2, as idades em que se verifica uma percentagem menor são os 6 e 12 anos, sendo o total de $N=93$ (8,5%) e $N=94$ ($N=8,6\%$), respectivamente. Consideramos que a justificação para estes valores serem um pouco inferiores prende-se com o facto de se tratar de idades “terminais” (os 6 anos marcam o início da escolaridade e, os 12 anos, o término do 2º ciclo e posterior transição para o 3º ciclo).

Tabela 2 Distribuição absoluta e percentual da amostra escolar por idade.

| Idade do aluno | Sexo do aluno | | | | Total | |
|----------------|---------------|------|-----|------|-------|------|
| | ♂ | | ♀ | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 6 | 52 | 9,4 | 41 | 7,6 | 93 | 8,5 |
| 7 | 89 | 16,2 | 78 | 14,4 | 167 | 15,3 |
| 8 | 92 | 16,7 | 101 | 18,7 | 193 | 17,7 |
| 9 | 83 | 15,1 | 110 | 20,3 | 193 | 17,7 |
| 10 | 97 | 17,6 | 80 | 14,8 | 177 | 16,2 |
| 11 | 89 | 16,2 | 86 | 15,9 | 175 | 16,0 |
| 12 | 49 | 8,9 | 45 | 8,3 | 94 | 8,6 |
| Total | 551 | 100 | 541 | 100 | 1092 | 100 |

Em termos de análise por ano de escolaridade e observando a tabela 3, constatamos uma distribuição percentual muito semelhante. O ano escolar mais representado é o 3º ano, tanto na amostra total (N=205, ou seja, 18,8%), como nas meninas, o que logicamente vai de encontro ao apresentado na tabela 2, em que se pode observar um maior peso nas idades dos 8 e 9 anos (que, partimos do pressuposto que coincidirão com o 3º ano de escolaridade). A seguir ao 3º ano destaca-se o 5º ano na amostra total (n = 196, 18%) e nos meninos, o que vai ao encontro dos dados da tabela 2 respeitantes aos rapazes de 10 anos.

Tabela 3 Distribuição absoluta e percentual da amostra escolar por ano de escolaridade.

| Ano Escolar | Sexo do aluno | | | | | |
|-------------|---------------|------|-----|------|-------|------|
| | | | | | Total | |
| | ♂ | | ♀ | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 1º | 95 | 17,2 | 74 | 13,7 | 169 | 15,5 |
| 2º | 88 | 16,0 | 85 | 15,7 | 173 | 15,8 |
| 3º | 87 | 15,8 | 118 | 21,8 | 205 | 18,8 |
| 4º | 87 | 15,8 | 88 | 16,3 | 175 | 16,0 |
| 5º | 109 | 19,8 | 87 | 16,1 | 196 | 18,0 |
| 6º | 85 | 15,4 | 89 | 16,5 | 174 | 15,9 |
| Total | 551 | 100 | 541 | 100 | 1092 | 100 |

No que respeita à distribuição da amostra por Distritos (cf. tabela 4), uma grande percentagem de alunos de ambos os sexos, encontram-se representados no Distrito de Viseu. Tal evidência deve-se ao facto da mestranda residir no referido Distrito, tendo sido mais fácil o acesso a Professores disponíveis para o preenchimento da Escala. De resto, como já fomos referindo anteriormente, foi nossa pretensão que a amostra se repartisse da forma mais homogénea possível. Verificamos uma vez mais, que tanto os rapazes como as raparigas estão representados de forma equitativa.

Tabela 4 Distribuição absoluta e percentual da amostra escolar por Distrito.

| Distrito | Sexo do aluno | | | | | |
|------------------|---------------|------|-----|------|-------|------|
| | | | | | Total | |
| | ♂ | | ♀ | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Viseu | 220 | 39,9 | 219 | 40,5 | 439 | 40,2 |
| Porto | 91 | 16,5 | 86 | 15,9 | 177 | 16,2 |
| Coimbra | 63 | 11,4 | 54 | 10,0 | 117 | 10,7 |
| Leiria | 60 | 10,9 | 60 | 11,1 | 120 | 11,0 |
| Guarda | 60 | 10,9 | 60 | 11,1 | 120 | 11,0 |
| Viana do Castelo | 57 | 10,3 | 62 | 11,5 | 119 | 10,9 |
| Total | 551 | 100 | 541 | 100 | 1092 | 100 |

A tabela 5 apresenta a distribuição da amostra por Região Geográfica (Norte e Centro). Encontramos uma maior percentagem de alunos da Região Norte (pelo facto de englobar o Distrito de Viseu).

Tabela 5 Distribuição absoluta e percentual da amostra por Região Geográfica.

| Região Geográfica | Sexo do aluno | | | | Total | |
|-------------------|---------------|------|-----|------|-------|------|
| | ♂ | | ♀ | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Norte | 368 | 66,8 | 367 | 67,8 | 735 | 67,3 |
| Centro | 183 | 33,2 | 174 | 32,2 | 357 | 32,7 |
| Total | 551 | 100 | 541 | 100 | 1092 | 100 |

Em relação à distribuição da amostra por Zona Geográfica (Litoral e Interior) e observando a tabela 6, tanto o Litoral como o Interior encontram-se muito equiparados em termos percentuais, quer considerando a amostra global, quer considerando cada um dos sexos.

Tabela 6 Distribuição absoluta e percentual da amostra por Zona Geográfica

| Zona Geográfica | Sexo do aluno | | | | Total | |
|-----------------|---------------|------|-----|------|-------|------|
| | ♂ | | ♀ | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Litoral | 271 | 49,2 | 262 | 48,4 | 533 | 48,8 |
| Interior | 280 | 50,8 | 279 | 51,6 | 559 | 51,2 |
| Total | 551 | 100 | 541 | 100 | 1092 | 100 |

A tabela 7 apresenta, por sua vez, uma súmula das quatro áreas Geográficas contempladas no estudo, como forma de facilitar a comparação por Zona e Região Geográfica. A maior percentagem da amostra situa-se no Interior Norte, com N=220 (39,9%) em relação ao sexo masculino e N= 219 (40,5%) relativamente ao sexo feminino. A área Geográfica com um valor percentual mais baixo é o Interior Centro (com uma amostra total de 120 sujeitos, 60 rapazes e 60 raparigas).

Tabela 7 Distribuição absoluta e percentual da amostra por Zona e Região Geográfica

| Zona Geográfica | Região Geográfica | Sexo do aluno | | | |
|-----------------|-------------------|---------------|--------------|------------|--------------|
| | | ♂ | | ♀ | |
| | | N | % | N | % |
| Litoral | Norte | 148 | 26,9% | 148 | 27,4% |
| | Centro | 123 | 22,3% | 114 | 21,1% |
| | Total | 271 | 49,2% | 262 | 48,4% |
| Interior | Norte | 220 | 39,9% | 219 | 40,5% |
| | Centro | 60 | 10,9% | 60 | 11,1% |
| | Total | 280 | 50,8% | 279 | 51,6% |

Grupo Clínico

Para a obtenção da amostra clínica, foi formalmente solicitada a colaboração da Equipa de Psiquiatria Infantil do Hospital São Teotónio de Viseu (cf. Anexo 2), explicitando-se que necessitaríamos de 30/40 crianças que frequentassem as consultas de psicologia ou pedopsiquiatria do Serviço de Atendimento Local e estivessem perfeitamente identificadas com Perturbação de Hiperactividade e Défice da Atenção. Os critérios de inclusão na amostra tiveram em conta, tanto quanto possível, os mesmos dos seguidos na recolha espanhola.

Deste modo, para a constituição da amostra clínica foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

Sujeitos claramente identificados com Perturbação de Hiperactividade e Défice da Atenção, considerando os seguintes factores:

- i. Idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos;
- ii. Utilização da Escala de *Conners* ou outras escalas para despiste de hiperactividade;
- iii. Sujeitos que tenham sido diagnosticados tendo em conta os critérios de diagnóstico do DSM-III ou, ainda do DSM-IV-TR;
- iv. Sujeitos com QI médio ou acima da média, obtido com prova estandardizada (ex.: WISC; Matrizes Progressivas de Raven; etc)

Em relação aos dados descritivos da amostra clínica, foram também solicitados os seguintes elementos:

- a) Data de Nascimento;
- b) Idade da Consulta;
- c) Ano de Escolaridade;
- d) Sexo (quantas crianças do sexo masculino e quantas do sexo feminino);
- e) Habilitações Literárias e Profissões do pai e mãe;
- f) Data em que foram a primeira vez à consulta e qual o principal motivo;
- g) Pessoa ou Serviço responsável pela referência;
- h) Existência (ou ausência) de dificuldades de aprendizagem associadas;

- i) Existência de retenções ao longo do seu percurso escolar;
- j) Problemas associados (mais especificamente, se existem problemas de comportamento associados);
- k) Outras informações consideradas relevantes para o processo (alterações neurológicas; informações familiares; etc.).

Pretendíamos que a Escala fosse preenchida pelos Professores de cada um dos alunos incluídos na amostra clínica, de forma a possibilitar posteriormente a comparação com o grupo escolar, mas tal não foi possível por limitação no tempo.

Convém também salientar que os critérios para inclusão na amostra são muito precisos e restritivos, o que nos conduzirá a um número muito reduzido de casos claramente identificados com PHDA (situando-nos ainda aquém do número acima referido, pois aquando a finalização da versão provisória da tese, existiriam à volta de 15 alunos claramente identificados com PHDA).

Farré e Narbona (2001; 2003) obtiveram uma amostra definitiva de 33 casos (27 rapazes e 6 raparigas) mas, como os próprios autores referem, apesar do pequeno tamanho da amostra clínica poder ser um inconveniente aquando a generalização dos resultados, é importante ter em conta que se trata de um grupo de jovens muito específico, que foi observado por um ou mais especialistas (neuropediatra, pedopsiquiatra, psicólogo).

5.6. Instrumento

O instrumento utilizado foi a EDAH (*Evaluación del transtorno por Déficit de Atención con hiperactividade*), de Anna Farré Riba e Juan Narbona Garcia, 5ª Edição (2003).

Como referido anteriormente, esta prova psicológica é comercializada em Portugal pela CEGOC-TEA (Investigação e Publicações Psicológicas), sob a designação "EDAH - Avaliação da Perturbação por Déficit de Atenção com Hiperactividade", ao abrigo de um contrato com a detentora dos direitos de autor – a editora TEA Ediciones – de aquisição de direitos de adaptação.

Este instrumento tem como objectivo a recolha de informações sobre o comportamento da criança. Consiste num método estruturado de observação, composto por

vinte questões fechadas às quais o professor responde tendo em atenção o comportamento da criança durante os últimos seis meses.

Os autores apresentam assim uma escala de 20 itens, com duas subescalas de 10 itens, cada uma: 1. *Hiperactividade/Défice da Atenção* e 2. *Problemas de Comportamento*. Por sua vez, a primeira subescala compõe-se também de duas subescalas, com cinco itens cada: *Hiperactividade-impulsividade* e *Défice da Atenção*.

Para melhor explicitação e compreensão do instrumento utilizado, apresentamos alguns exemplos de itens existentes para avaliar a área de *Hiperactividade/Impulsividade* e *Défice da Atenção*, tais como, “Revela-se excessivamente inquieto do ponto de vista motor”; “Está constantemente em movimento, irrequieto (ex.: desloca-se pela sala)”; “Distrai-se facilmente, revela pouca atenção”; “Está constantemente “nas nuvens”, alheio ao que se passa em redor”.

Para avaliar a existência de problemas de comportamento, apresentamos a título de exemplo os seguintes itens: “Relaciona-se mal com a maioria dos seus colegas”; “É mal aceite pelo grupo”; “Tem “explosões” inesperadas de mau génio”.

A aplicação é individual e destina-se ao professor do sujeito a avaliar. O preenchimento da Escala tem a duração de 5 a 10 minutos. Permite igualmente ao psicólogo receber um registo informativo claro e objectivo sobre as percepções do professor acerca do comportamento da criança em avaliação. Os âmbitos de aplicação são sujeitos com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, do 1º ao 6º ano de escolaridade (1º e 2º ciclos). Permite verificar os principais sintomas da PHDA e, também, problemas de comportamento que podem coexistir com a perturbação.

Foram criadas por Farré e Narbona (2003), normas para as quatro subescalas (*Hiperactividade*; *Défice da Atenção*; *Hiperactividade/Défice da Atenção*; *Problemas de Comportamento*) por níveis de escolaridade (do 1º ao 6º ano). Tendo em consideração os pontos de corte, estabelecem-se níveis de risco para a existência da perturbação. As tabelas de percentis permitem-nos verificar a existência de risco elevado, risco moderado ou sem risco.

Pontuações altas ou muito altas apenas na subescala hiperactividade e seguindo a nomenclatura do DSM-IV-TR, conduzem à suspeita de risco moderado ou elevado da PHDA, com predomínio *Hiperactivo-impulsivo*. Se as pontuações apenas se situarem em

zona de risco na subescala défice de atenção, o diagnóstico apontaria para PHDA, em maior ou menor grau, com predomínio do défice de atenção. Contudo, é muito importante evitar diagnósticos a partir de pontuações altas em uma única subescala. Numerosos estudos demonstram que são os sintomas de falta de atenção que são comuns a outras entidades nosológicas. Portanto, é aconselhável complementar os resultados, reunindo o máximo possível de informações (nomeadamente, recorrendo a outros instrumentos de avaliação), quando só existe evidência de uma única área alterada (Farré & Narbona, 2003).

Se as pontuações se situam em zonas de risco nas áreas *Défice da Atenção* e *Hiperactividade* ou no somatório de ambas, poderemos colocar a hipótese de um possível diagnóstico de PHDA do tipo combinado (frisamos uma vez mais, que devem ser valorizadas outras informações, para se poder tomar decisões a respeito do diagnóstico e do tratamento).

A presença ou ausência de problemas de comportamento, ajuda a definir se estes são concomitantes à PHDA ou se se trata de outro tipo de distúrbio, sem PHDA de base.

A Escala EDAH já foi sujeita a várias revisões e o destaque da revisão actual (2003) é a possibilidade de obter pontuações por anos de escolaridade (ausentes na versão anterior, de 2001).

5.7. Procedimentos

Como anteriormente referido, o trabalho de investigação foi possível devido ao Protocolo de Colaboração assinado entre a CEGOC-TEA e a Universidade de Aveiro.

Foi realizada uma exaustiva revisão da literatura, considerando todos os estudos realizados por Farré e Narbona relativos à escala EDAH, bem como de outros instrumentos e estudos considerados pertinentes.

Passamos a descrever, em primeiro lugar, os procedimentos relativos à tradução e adaptação para a língua portuguesa da Escala EDAH. De seguida, explicitamos os procedimentos envolvidos na recolha de dados.

Relativamente ao trabalho de tradução e adaptação do instrumento à Língua Portuguesa, foram consideradas as seguintes etapas:

Os procedimentos que seguimos basearam-se nas normas gerais para a adaptação de instrumentos psicológicos.

- A Escala foi traduzida da língua original (espanhol) para o português. Após a primeira tradução, solicitamos a sua análise, para eventuais sugestões, por parte de profissionais com experiência no domínio da PHDA, tendo como objectivo a análise qualitativa dos itens (Almeida & Freire, 2007). Foram escolhidos para o estudo sete profissionais: um pedopsiquiatra, cinco psicólogos e uma terapeuta ocupacional. Para além destes, os professores responsáveis pela orientação da tese de dissertação, deram sempre o seu contributo nas várias fases, através de sugestões e eventuais modificações.

- Foi também realizado um estudo exploratório, em que escolhemos seis professores do ensino básico (três do 1º ciclo e três do 2º ciclo), que preencheram o questionário e deram a sua opinião, utilizando o procedimento de “reflexão falada” (Almeida & Freire, 2007). Este método consiste na aplicação individual da prova, registando-se todas as verbalizações, comunicando as suas impressões em relação a cada um dos itens. Revelou-se eficaz na medida em que, estes professores, têm a possibilidade de avaliar qualitativamente os itens, tendo em atenção os comportamentos observáveis em contexto de sala de aula.

- Foram assinaladas e analisadas as dificuldades de compreensão ou problemas de interpretação, bem como as sugestões que surgiram. Depois desta fase, a investigadora principal e respectivos orientadores procederam novamente a uma revisão dos itens, introduzindo-se as modificações consideradas indispensáveis à facilitação da sua compreensão.

- Segundo Moreira (2004), um dos procedimentos essenciais é a retroversão independente. Neste âmbito, solicitamos a uma professora, licenciada em Português e Espanhol que, partindo da tradução portuguesa, sem qualquer conhecimento da escala espanhola, tentasse reconstituir os itens originais da versão espanhola. Como sugere Moreira (2004) e que consideramos fazer todo o sentido, a professora não teve qualquer contacto com a versão original, nem lhe foi explicado que se tratava de uma escala para avaliação da PHDA. Numa primeira fase, apenas lhe foram facultados os itens e, após ter realizado a sua tradução, foi depois solicitada a tradução das instruções que constam no questionário. Segundo Moreira, é natural que a retroversão poucas vezes consiga repor os

itens exactamente como constam da versão original mas, no caso em concreto, o significado dos itens foi de encontro à versão original, verificando-se pequenas discrepâncias meramente formais e que de forma alguma conduziram à perda da informação essencial. A professora escolhida, teve o cuidado de colocar em alguns dos itens, as várias hipóteses de tradução possíveis e assinalando as hipóteses que considerava mais correctas (cf. Anexo 3).

- Considerando o anteriormente referido, a versão portuguesa foi deste modo traduzida para a língua espanhola (retroversão) e depois enviada para os autores originais, para se pronunciarem sobre as duas versões. Para este processo, contactamos com a CEGOC (detentora dos direitos de autor), que se encarregou de enviar a retroversão aos autores. Não houve por parte dos autores originais qualquer oposição à versão conseguida, através da tradução e retroversão.

Após a conclusão da tradução e adaptação da versão portuguesa da EDAH, foi realizada uma reunião na CEGOC-TEA, com o Director Associado, Dr. António Menezes Rocha e com a Dra. Carla Ferreira, psicóloga responsável da CEGOC-TEA pela EDAH, tendo ambos concordado com a versão portuguesa conseguida (cf. Anexo 4).

Procedimentos de recolha de dados

Concluído o trabalho de tradução e adaptação para a língua portuguesa da EDAH pelos investigadores da Universidade de Aveiro, a CEGOC-TEA procedeu à sua impressão e disponibilizou todo o material para a recolha de dados. Assim, em Fevereiro foram enviados pela empresa quatro documentos necessários à administração da EDAH: a folha de respostas EDAH (versão definitiva), um documento a explicitar o modo de preenchimento da Escala, a folha de cálculo das idades cronológicas (para auxílio dos professores) e o documento “Projecto de Adaptação – EDAH”.

Na elaboração de qualquer trabalho de investigação, não se podem descurar os aspectos éticos, relacionados com o investigador e o investigado. Deste modo, tivemos em consideração as normas e regras deontológicas, no contacto com os vários profissionais envolvidos neste estudo, de acordo com os princípios éticos da Associação dos Psicólogos Portugueses - APPORT (1995), bem como as *Directrizes Internacionais para a Utilização de Testes* da CEGOC-TEA. Foram também solicitadas as devidas autorizações à Comissão Nacional de Protecção de Dados. A entrega de protocolos EDAH foi sempre precedida de

pedidos de autorização às diversas escolas envolvidas no estudo (cf. Anexo 5). Os Conselhos Executivos e os Professores foram informados sobre os objectivos do estudo e foi garantida a confidencialidade dos dados. Também foram dados a conhecer o âmbito e a Instituição na qual a investigação se desenvolveu.

Numa primeira fase, foram efectuados vários contactos (pessoais e/ou formais) com Conselhos Executivos, Professores do 1º e 2º ciclos, Psicólogos, entre outros profissionais, de forma a garantir a colaboração e participação voluntária para o preenchimento da Escala EDAH, sendo explicada qual a finalidade do estudo e abordadas outras questões consideradas pertinentes. Todos mostraram disponibilidade em colaborar. Foi ainda redigida uma carta de apresentação, que serviu também para a formalização da colaboração das Escolas com a Universidade de Aveiro. Foram também realizadas reuniões com os Conselhos Executivos de algumas das escolas envolvidas, bem como contactos pessoais com os Professores que participaram na recolha de dados. Nas reuniões com os Professores, para além da apresentação e explicação oral sobre o questionário, também foi facultada uma folha de instruções, elaborada especificamente para o efeito, fornecendo indicações em relação a alguns aspectos que poderiam suscitar dúvidas ou enviesamentos (cf. Anexo 6). Consideramos fundamental o contacto directo com os professores participantes, para garantir a sua motivação e consciencialização na resposta aos questionários (Moreira, 2004).

Por fim, os professores preencheram o questionário, referente aos sujeitos constituintes da amostra.

Os protocolos EDAH foram preenchidos por 68 professores de 27 escolas do 1º e 2º ciclos.

O número total de protocolos entregues pelos Professores foi de 1100. Destes, foram eliminados 8 questionários, pelo facto de estarem preenchidos de modo incompleto. Assim, obtivemos um total de 1092 questionários válidos, correspondentes ao número de alunos da nossa amostra escolar.

Após a recolha dos questionários em cada escola, foram entregues cartas de agradecimento, redigidas para o efeito, aos Presidentes dos Conselhos Executivos, Professores envolvidos e para outros profissionais que foram os responsáveis pela coordenação da entrega e recolha dos protocolos, junto dos Professores (cf. Anexo 7).

O período de recolha de dados situou-se entre o 2 de Abril e 20 de Junho de 2008. Depois de construída a Base de Dados e incluídos todos os protocolos recolhidos nos seis Distritos, estes foram entregues à CEGOC-TEA. Esta, como detentora dos direitos de autor da escala, será responsável pela comercialização da EDAH para Portugal.

5.8. Análise Estatística

O tratamento dos dados foi elaborado através do programa estatístico *SPSS* (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 16.0 para *Windows*. De seguida os quadros foram copiados, utilizando o *formato tabela* e processados em texto *Word*.

A estatística descritiva compreendeu a determinação de medidas de tendência central e de dispersão (médias, medianas e desvios-padrão), medidas de assimetria e achatamento e o cálculo de frequências simples e relativas.

“Sempre que as medidas de assimetria e achatamento se afastavam da unidade, considerou-se que a distribuição dos resultados se afastava da curva normal dando-se, deste modo, preferência à mediana como medida de tendência central”. (Gomes, 1998)

Escolhemos procedimentos estatísticos não paramétricos, a referir: o Teste Kruskal-Wallis e o Teste Mann-Whitney, bem como, os coeficientes de correlação de Spearman.

Foram estudadas as qualidades psicométricas da Escala, nomeadamente, a análise dos itens (correlações item-total corrigido e alfa de Cronbach excluindo o item) e consistência interna da escala total e das subescalas (estudos de fidelidade), através do alfa de Cronbach.

Para a validação da Escala, face à população em estudo, recorreremos à Análise Factorial, através da extracção dos componentes principais, com rotação varimax.

Tendo em vista a aferição dos resultados para a população portuguesa, foram incluídas normas centradas na frequência, sob a forma de postos percentílicos de referência (por ano escolar; idade; sexo; globalidade da amostra), para melhor compreensão e interpretação dos resultados e, também, para situar/comparar mais facilmente crianças e jovens do mesmo ano escolar, sexo e/ou idade.

Passaremos, por último, à redacção da secção dos resultados e respectiva discussão. No capítulo que se segue, será possível verificar de forma pormenorizada a análise dos dados por nós conduzida.

CAPÍTULO 6

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Chegados ao sexto e último capítulo, compete-nos por fim, proceder à análise dos resultados, apresentando as respectivas discussões e conclusões, de forma a demonstrar, de forma clara, a coerência global da investigação, ou seja, se as hipóteses foram ou não verificadas e os objectivos alcançados. Esta é a altura de procedermos a uma discussão dos resultados encontrados por referência ao quadro conceptual inicial e à experiência adquirida ao longo do trabalho empírico.

Começamos por apresentar os resultados referentes às características psicométricas da escala e das suas várias subescalas constituintes. De seguida, passamos à apresentação dos estudos descritivos e diferenciais para os sintomas de hiperactividade, déficit da atenção e problemas de comportamento. Por fim, incluímos valores percentílicos de referência por ano de escolaridade, idade, género e para o total da amostra.

6.1. Caracterização Psicométrica

6.1.1. Análise dos itens e consistência interna

De forma a verificarmos a fidelidade ou consistência interna da Escala EDAH (20 itens) procedemos ao cálculo do coeficiente alfa de Cronbach.

O coeficiente alfa de Cronbach foi igual a 0,955 na amostra total, o que revela um valor muito elevado.

A tabela 8 apresenta os resultados respeitantes ao comportamento psicométrico de cada um dos 20 itens da Escala EDAH (20 itens), para o total da amostra (N=1092).

Tabela 8 Correlações Item Total Corrigido e Alfa de Cronbach Excluindo o Item (Itens 1 - 20) (N = 1092)

| Item | Correlação Item Total Corrigido | Alfa de Cronbach Excluindo Item |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1 | 0,701 | 0,953 |
| 2 | 0,405 | 0,958 |
| 3 | 0,825 | 0,951 |
| 4 | 0,696 | 0,954 |
| 5 | 0,742 | 0,953 |
| 6 | 0,761 | 0,952 |
| 7 | 0,642 | 0,954 |
| 8 | 0,643 | 0,954 |
| 9 | 0,690 | 0,954 |
| 10 | 0,763 | 0,952 |
| 11 | 0,757 | 0,953 |
| 12 | 0,792 | 0,952 |
| 13 | 0,682 | 0,954 |
| 14 | 0,804 | 0,952 |
| 15 | 0,758 | 0,953 |
| 16 | 0,802 | 0,952 |
| 17 | 0,761 | 0,952 |
| 18 | 0,731 | 0,953 |
| 19 | 0,648 | 0,954 |
| 20 | 0,716 | 0,954 |
| Alfa de Cronbach (20 itens): 0,955 | | |

Como podemos verificar na tabela 8, as correlações com o item total corrigido apresentam um valor mínimo de 0,405 (item 2), mas todos os restantes são superiores a 0.60. Todos os itens estão correlacionados com o conceito hipotético medido pela Escala no seu global.

No que respeita ao alfa de Cronbach excluindo item, constatamos que só o item 2 (questão nº 2 da Escala) é que apresenta um valor mais baixo mas, mesmo assim, não há razão para ser excluído, visto mostrar uma correlação aceitável com a pontuação total

corrigida e pelo facto de a sua manutenção não afectar substancialmente a homogeneidade da Escala.

Todos os itens são considerados importantes para a consistência do instrumento em estudo, pelo facto de apresentarem correlações consideravelmente elevadas em relação ao total da Escala, o que significa que todos contribuem para a explicação do resultado final.

Deste modo consideramos que se trata de uma escala muito homogénea, onde o conjunto de itens que compõem a Escala, avalia de forma consistente as suas dimensões essenciais.

6.1.2. Subescalas

São aqui estudadas as propriedades psicométricas das quatro subescalas da EDAH definidas por Anna Farré Riba e Juan Narbona Garcia: *Hiperactividade-impulsividade* (5 itens); *Défice da atenção* (5 itens); *Hiperactividade/défice da atenção* (conjunto dos 10 itens das duas subescalas anteriores); *Problemas de comportamento* (10 itens). Julgámos ainda pertinente considerar uma quinta subescala, que engloba os itens das subescalas de hiperactividade-impulsividade e de problemas de comportamento, que designámos por *Hiperactividade e problemas de comportamento* (15 itens). Considerámos que esta subescala seria relevante atendendo à co-morbilidade que tem sido referida na literatura entre os sintomas de hiperactividade e os sintomas das perturbações do comportamento disruptivo.

Os coeficientes alfa de Cronbach foram de 0,903 na subescala *hiperactividade*, de 0,878 na subescala *défice de atenção*, a 0,945 na subescala *problemas de comportamento*, a 0,906 na subescala de *hiperactividade com défice de atenção* e a 0,959 na subescala *hiperactividade e problemas de comportamento* (análise inédita por parte dos investigadores). Os valores obtidos em todas as subescalas apontam para uma elevada consistência interna (todas as subescalas apresentam sempre valores superiores a 0.85, na maioria dos casos superiores a 0,90), o que é muito significativo para fins de diagnóstico.

Relativamente aos estudos psicométricos da Escala EDAH, conduzidos por Farré & Narbona, foram encontrados os seguintes coeficientes alfa de Cronbach: HP ($\alpha=0,9049$); DA ($\alpha=0,9073$); HP+DA ($\alpha=0,9097$); PC ($\alpha=0,9378$) e Escala Global ($\alpha=0,9523$).

Comparando os nossos valores de alfa de Cronbach com os da versão original, o nosso coeficiente para a subescala de DA é ligeiramente inferior e os restantes coeficientes são extremamente aproximados, quer nas subescalas, quer na escala total. De salientar que a subescala *hiperactividade + problemas de comportamento*, proposta no presente trabalho, possui o valor alfa mais elevado do estudo (0,959).

Nas Tabelas 9, 10, 11, 12 e 13 apresentam-se os resultados respeitantes às análises dos itens de cada subescala. Foram encontradas correlações item-total corrigido elevadas, surgindo apenas uma correlação moderada (item 2 com a subescala Hiperactividade + Défice da Atenção).

Consultando os valores dos coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item, verifica-se uma descida sistemática dos coeficientes quando o item é retirado da subescala respectiva, excepto no caso do item 2 no âmbito da subescala de Hiperactividade + Défice de Atenção (a sua exclusão levaria a uma subida insignificante - 0,004 - do valor de alfa). Constata-se portanto que, exceptuando unicamente o facto do item 2 não contribuir para a consistência da subescala de Hiperactividade + Défice de Atenção, os itens que compõem cada subescala são importantes para a sua consistência interna.

Tabela 9 Correlações Item Total corrigido e Alfa de Cronbach Excluindo o Item Subescala HP (5 Itens) (N = 1092)

| Item | Correlação Item Total Corrigido | Alfa de Cronbach Excluindo Item |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1 | 0,779 | 0,879 |
| 3 | 0,788 | 0,875 |
| 5 | 0,717 | 0,890 |
| 13 | 0,774 | 0,878 |
| 17 | 0,742 | 0,885 |
| Alfa de Cronbach (5 itens): 0,903 | | |

Tabela 10 Correlações Item Total Corrigido e Alfa de Cronbach Excluindo o Item Subescala DA (5 Itens) (N = 1092)

| Item | Correlação Item Total Corrigido | Alfa de Cronbach Excluindo Item |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 2 | 0,663 | 0,864 |
| 4 | 0,768 | 0,837 |
| 7 | 0,780 | 0,834 |
| 8 | 0,729 | 0,847 |
| 19 | 0,619 | 0,872 |
| Alfa de Cronbach (5 itens): 0,878 | | |

Tabela 11 Correlações Item Total Corrigido e Alfa de Cronbach Excluindo o Item Subescala PC (10 Itens) (N = 1092)

| Item | Correlação Item Total Corrigido | Alfa de Cronbach Excluindo Item |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 6 | 0,706 | 0,943 |
| 9 | 0,716 | 0,942 |
| 10 | 0,773 | 0,940 |
| 11 | 0,791 | 0,939 |
| 12 | 0,821 | 0,937 |
| 14 | 0,833 | 0,937 |
| 15 | 0,805 | 0,938 |
| 16 | 0,814 | 0,938 |
| 18 | 0,786 | 0,940 |
| 20 | 0,735 | 0,942 |
| Alfa de Cronbach (10 itens): 0,945 | | |

Tabela 12 Correlações Item Total Corrigido e Alfa de Cronbach Excluindo o Item Subescala HP + DA (10 Itens) (N = 1092)

| Item | Correlação Item Total Corrigido | Alfa de Cronbach Excluindo Item |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1 | 0,697 | 0,895 |
| 2 | 0,465 | 0,910 |
| 3 | 0,749 | 0,892 |
| 4 | 0,772 | 0,890 |
| 5 | 0,654 | 0,898 |
| 7 | 0,716 | 0,894 |
| 8 | 0,681 | 0,896 |
| 13 | 0,659 | 0,897 |
| 17 | 0,658 | 0,897 |
| 19 | 0,625 | 0,899 |
| Alfa de Cronbach (10 itens): 0,906 | | |

Tabela 13 Correlações Item Total Corrigido e Alfa de Cronbach Excluindo o Item (Inédito) Subescala HP + PC (15 Itens) (N = 1092)

| Item | Correlação Item Total Corrigido | Alfa de Cronbach Excluindo Item |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1 | 0,707 | 0,958 |
| 3 | 0,842 | 0,954 |
| 5 | 0,774 | 0,956 |
| 6 | 0,699 | 0,958 |
| 9 | 0,683 | 0,958 |
| 10 | 0,774 | 0,956 |
| 11 | 0,800 | 0,956 |
| 12 | 0,834 | 0,955 |
| 13 | 0,708 | 0,958 |
| 14 | 0,848 | 0,954 |
| 15 | 0,809 | 0,955 |
| 16 | 0,825 | 0,955 |
| 17 | 0,805 | 0,955 |
| 18 | 0,747 | 0,957 |
| 20 | 0,722 | 0,957 |
| Alfa de Cronbach (15 itens): 0,959 | | |

6.1.3. Relação das subescalas entre si e com a escala global

Para a análise foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Na tabela 14 apresentámos as correlações da escala total e das subescalas. Verificámos que os valores são elevados e estatisticamente significativos.

Examinando os coeficientes entre as subescalas compostas por itens distintos entre si, verifica-se que a *hiperactividade* (HP) e os *problemas de comportamento* (PC) são as que apresentam o maior coeficiente de correlação (HP e PC=0,852). As subescalas que menos se correlacionam são a *hiperactividade* e o *defice de atenção*, com um valor de 0,553, ainda assim elevado (Cohen, 1992). Este coeficiente é semelhante ao valor de 0,519 encontrado no estudo conduzido por Farré e Narbona (2003).

Tabela 14 Coeficientes de Correlação de Spearman (N=1092) entre as pontuações nas subescalas e na escala total

| | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | Total |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|--------------------|-------|
| HP | 1,000 | | | | | |
| DA | 0,553** | 1,000 | | | | |
| HP + DA | 0,807** | 0,634** | 1,000 | | | |
| PC | 0,852** | 0,892** | 0,818** | 1,000 | | |
| HP + PC (extra) | 0,950** | 0,632** | 0,936** | 0,881** | 1,000 | |
| Total | 0,874** | 0,836** | 0,907** | 0,978** | 0,939** | 1,000 |

** p < .0005

6.1.4. Estrutura Factorial

De acordo com Almeida & Freire (2007), a análise factorial é importante na medida em que nos permite constatar quantos e quais são os factores que a Escala está a avaliar, assim como, verificar quais os itens que estão associados a cada factor. Este procedimento permite-nos dissecar que itens avaliam de forma mais rigorosa as *dimensões* em estudo.

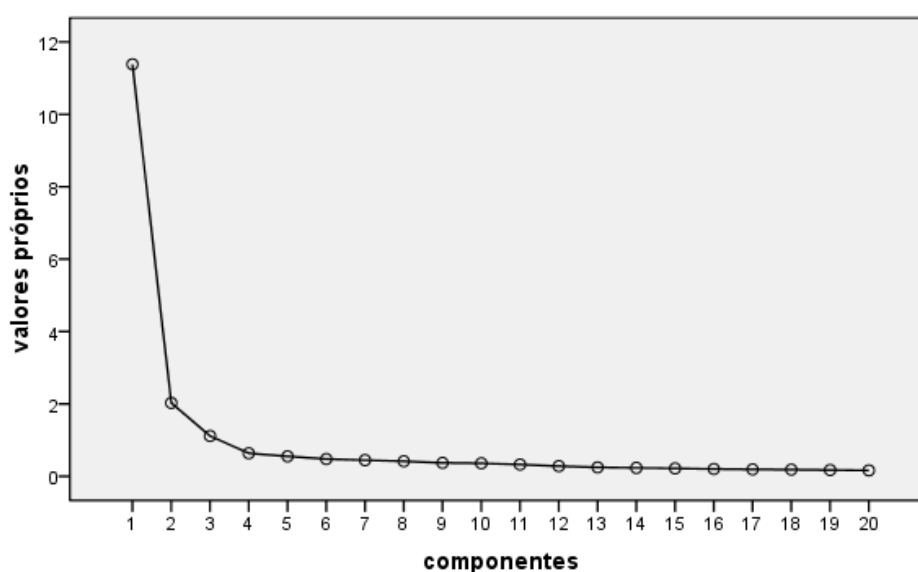
De forma a estudarmos a validade recorreremos à análise factorial dos componentes principais. Seleccionamos a rotação pelo método varimax e os itens com carga factorial inferior a 0,30 não foram contemplados. “Na Psicologia e na Educação não existe um valor fixo, tido como mínimo, na apreciação das cargas factoriais. Os seus valores, mais uma

vez, não obedecem ao princípio do “tudo ou nada”. Mesmo assim, costuma-se apontar a necessidade desse valor não ser inferior a 0,30” (Almeida & Freire, 2007: 227).

“Valores superiores a 0,50 são necessários, podendo inclusive optar-se por apenas se tomarem estes numa lógica de não alongar demasiado o número de itens e o tempo de aplicação da prova” (Almeida & Freire, 2007: 228).

Na análise de componentes principais foram encontrados três componentes com *eigenvalues* ou valores próprios superiores a 1, como se pode visualizar no Gráfico 1.

Gráfico 1 Scree Pot para a Análise Factorial da EDAH



A melhor solução factorial compreendeu três factores, que explicam 72,63% da variância total dos resultados, sendo designados como Factor 1 *problemas de comportamento*, Factor 2 *hiperactividade* e Factor 3 *défice da atenção*, como podemos verificar na tabela que se segue. As saturações factoriais principais de cada item no respectivo factor são bastante elevadas, no mínimo 0,59 (observar Tabela 15).

Tabela 15 Análise das componentes principais da EDAH, seguida de rotação varimax (20 itens) (N=1092)

| | Componentes | | |
|--|--------------|--------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| 18_Relaciona-se mal com a maioria (...). | 0,831 | | |
| 9_É mal aceite (...). | 0,773 | | 0,333 |
| 15_Tem "explosões" inesperadas (...). | 0,749 | 0,431 | |
| 12_Contesta (...) | 0,707 | 0,494 | |
| 11_Frequentemente grita (...). | 0,702 | 0,455 | |
| 14_Discute e envolve-se em brigas (...). | 0,701 | 0,506 | |
| 20_Aceita de má vontade (...). | 0,683 | | |
| 16_Tem dificuldade em seguir as regras (...). | 0,638 | 0,502 | |
| 10_Nega os seus erros (...). | 0,631 | 0,419 | |
| 17_É impulsivo. | 0,626 | 0,575 | |
| 5_Exige satisfação imediata (...). | 0,593 | 0,515 | |
| 3_Aborrece ("chateia") frequentemente (...). | 0,589 | 0,575 | |
| 6_Tem dificuldades em actividades (...) | 0,584 | | 0,551 |
| 1_Revela-se excessivamente inquieto (...). | | 0,820 | |
| 13_Está constantemente em movimento (...). | | 0,810 | |
| 2_Tem dificuldades de aprendizagem (...). | | | 0,85 |
| 7_Está "nas nuvens" (...). | | 0,353 | 0,8 |
| 8_Não termina as tarefas (...) | | | 0,75 |
| 4_Distraí-se facilmente (...). | | 0,463 | 0,75 |
| 19_É inconstante nos seus esforços (...). | 0,536 | | 0,59 |
| Variância explicada (Total = 72,631) | | | |
| Valores próprios ou específicos (<i>Eigenvalues</i>) | 33,072 | 20,594 | 18,965 |

Nota: Só se mostram pesos iguais ou superiores a 0,30. Pesos principais a negrito.

Assim como os autores espanhóis, iremos considerar, nas análises subsequentes, não as dimensões factoriais encontradas, mas sim as subescalas “pré-definidas” pelos autores da Escala.

Farré e Narbona não seguem a análise factorial dos itens, assumem a existência de quatro escalas separadamente.

A tabela 16 mostra os resultados da análise factorial (dos componentes principais) da escala EDAH, conduzida em Espanha. Farré e Narbona (2003), referem que distintos estudos realizados com as Escalas de Conners mostraram a coerência dos itens que constituem os factores *hiperactividade*, *defíce da atenção* e *problemas de comportamento*. Os resultados da análise factorial confirmaram novamente essa coerência.

Tabela 16 Análise Factorial da população total – versão original (N=2400)

| Itens | Componentes | | | |
|-------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | 0,938 | | | |
| 20 | 0,874 | 0,157 | | -0,143 |
| 15 | 0,850 | | | |
| 17 | 0,740 | | | 0,188 |
| 16 | 0,647 | | -0,206 | |
| 14 | 0,586 | | -0,193 | 0,263 |
| 11 | 0,566 | | | 0,303 |
| 10 | 0,537 | | -0,213 | 0,166 |
| 7 | | 0,868 | | |
| 2 | | 0,864 | | |
| 8 | | 0,856 | | |
| 4 | | 0,817 | | 0,219 |
| 19 | 0,221 | 0,694 | | |
| 9 | -0,102 | | -0,995 | |
| 18 | 0,116 | | -0,887 | |
| 6 | 0,117 | 0,273 | -0,559 | |
| 1 | | | | 0,941 |
| 13 | | | | 0,899 |
| 3 | 0,239 | 0,117 | 0,223 | 0,504 |
| 5 | 0,344 | | | 0,435 |

A subescala *Défice da Atenção* está perfeitamente representada no factor 2, que reúne os itens 7, 2, 8, 4 e 19. Os itens da área da *Hiperactividade* encontram-se no factor 4, com os itens 1, 13, 3 e 5. O item 17, que deveria pertencer a esta escala como medida de impulsividade, encontra-se com maior carga no factor 4. Isto não é de estranhar, visto que a *Impulsividade* está na base de muitos *Problemas de Comportamento* e, em geral, a

Hiperactividade e Problemas de Comportamento correlacionam-se de forma muito significativa (Farré & Narbona, 2003).

Deste modo, o factor 1 reúne os itens 12, 20, 15, 17, 16, 14, 11 e 10, os quais formam (excepto o item 17), na escala actual o factor *Problemas de Comportamento*. O factor 3 reúne os itens 9, 18 e 6, que fazem referência às *Habilidades Sociais* e, apesar de poderem ser uma subescala por si só, os autores preferiram inseri-los dentro dos *Problemas de Comportamento* (Farré & Narbona, 2003).

Comparação de Resultados – Versão Portuguesa / Espanhola:

Na Análise Factorial por nós elaborada, identificamos um conjunto de três factores, Factor 1. *Problemas de Comportamento*; Factor 2. *Hiperactividade*; Factor 3. *Défice da Atenção*. Por sua vez, Farré e Narbona (2003) consideraram quatro factores (no entanto o Factor 3 foi englobado nos *Problemas de Comportamento*): Factor 1. *Problemas de Comportamento*; Factor 2. *Défice de Atenção*; Factor 3. *Habilidades Sociais*; Factor 4. *Hiperactividade*.

Como podemos verificar, em ambos os estudos, os *problemas de comportamento* encontram-se representados no Factor 1. No estudo português, os resultados variam entre 0,831 e 0,584 (33,072 da variância total) e na versão espanhola entre 0,938 e 0,537, pelo que ambas as análises com pesos significativos. O nosso Factor 1 inclui todos os itens da versão espanhola (num total de 8 itens), juntamente com os 3 itens que compõem o Factor 3 de Farré e Narbona e ainda 2 itens do Factor 4 da Escala original.

Relativamente ao *Défice da Atenção*, no estudo de Farré e Narbona (2003), aparece como Factor 2 (com valores entre 0,868 e 0,694) e no estudo português no Factor 3 (representando um valor de 18,965), com valores entre 0,85 e 0,59. Em ambos os estudos, há uma sobreposição completa dos itens, que saturam no Factor *Défice da Atenção*.

No que concerne ao sintoma *Hiperactividade*, no estudo por nós efectuado apresenta-se na Factor 2, explicando 20,594 da variância total, com valores que oscilam entre 0,820 e 0,810. No estudo espanhol, aparece no Factor 4, com valores entre 0,941 e 0,435. Os únicos itens em comum em ambos os estudos são o 1 e o 13. No estudo de Farré e Narbona saturaram dois outros itens neste Factor que, no entanto, remetem para os *Problemas de Comportamento*.

6.2. Sintomas de Hiperatividade, Déficit da Atenção e Problemas de Comportamento

6.2.1. Resultados na amostra global e por Sexo

Na tabela 17 indicam-se os resultados descritivos para cada uma das subescalas e escala global. Determinaram-se as médias, medianas, desvios-padrão, valores mínimos/máximos e índices de assimetria e curtose.

Como nem todas as distribuições obedecem aos parâmetros da curva normal (por exemplo, nas subescalas *Hiperatividade* [H], *Hiperatividade + Déficit da Atenção* [HP+DA] e *Hiperatividade + Problemas de Comportamento* [HP+PC] há valores de assimetria superiores a 1), nas análises seguintes privilegiámos a mediana como medida de tendência central e recorremos a testes não paramétricos. Também indicamos os valores das médias e desvios-padrão, para facilitar a posterior comparação com os resultados do estudo espanhol.

Tabela 17 Resultados descritivos por subescalas e escala global

| | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | Total |
|------------|----------|----------|----------|----------|--------------------|-------|
| M | 3,21 | 4,22 | 3,99 | 7,43 | 7,20 | 11,42 |
| Md | 2 | 4 | 1 | 6 | 3 | 8 |
| DP | 3,69 | 3,70 | 5,86 | 6,53 | 9,21 | 11,85 |
| Assimetria | 1,20 | 0,79 | 1,91 | 0,95 | 1,62 | 1,40 |
| Curtose | 0,58 | 0,13 | 3,42 | 0,30 | 2,12 | 1,5 |
| Mínimo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Máximo | 15 | 15 | 30 | 30 | 44 | 57 |

Na tabela que a seguir se apresenta (tabela18) indicam-se os resultados por sexo e na globalidade da amostra. Os valores medianos são, indiscutivelmente, mais elevados nos sujeitos de sexo masculino do que no sexo feminino, quer nas várias subescalas, quer na escala total (a título de exemplo, na subescala HP, os rapazes apresentam um valor mediano de 3 e as raparigas de 1; na subescala HP + PC os primeiros apresentam um valor de 5 e as segundas de 2).

De forma a avaliarmos se tais diferenças seriam significativas, utilizamos o Teste Mann-Whitney. Os valores obtidos foram estatisticamente significativos em todos os casos ($p < 0,0005$).

Tabela 18 Resultados por Sexo e na Globalidade da Amostra (N = 1092)

| Sexo do aluno | | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|---------------|----|----------------|----------------|---------------|---------------|--------------------|---------------|
| ♂ | Md | 3 | 4 | 2 | 7 | 5 | 10 |
| | M | 4,08 | 4,63 | 5,14 | 8,71 | 9,21 | 13,84 |
| | DP | 3,98 | 3,86 | 6,46 | 6,99 | 10,095 | 12,90 |
| | N | 551 | 551 | 551 | 551 | 551 | 551 |
| ♀ | Md | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 | 6 |
| | M | 2,33 | 3,79 | 2,82 | 6,12 | 5,15 | 8,94 |
| | DP | 3,14 | 3,47 | 4,91 | 5,74 | 7,69 | 10,10 |
| | N | 541 | 541 | 541 | 541 | 541 | 541 |
| U | | 109269,000 *** | 130820,000**** | 114458,500*** | 116596,500*** | 109555,500*** | 114680,000*** |
| Total | Md | 2 | 4 | 1 | 6 | 3 | 8 |
| | M | 3,21 | 4,22 | 3,99 | 7,43 | 7,20 | 11,42 |
| | DP | 3,69 | 3,70 | 5,86 | 6,53 | 9,21 | 11,85 |
| | N | 1092 | 1092 | 1092 | 1092 | 1092 | 1092 |

*** $p < .0005$

De seguida, quisemos verificar em que medida as diferenças de sexo seriam significativas para cada idade e ano escolar. Os resultados do teste de Mann-Whitney apresentam-se nas tabelas 19 e 20.

Tabela 19 Resultados do Teste Mann-Whitney para as comparações entre sexos, em cada grupo de idade (N = 1092)

| Idade do aluno | | HP | DA | HP+ DA | PC | HP+ PC (extra) | T |
|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|---------|
| 6 | U | 623,00 | 880,00 | 764,00 | 734,50 | 654,00 | 718,50 |
| | Valor p | 0,001 | 0,148 | 0,017 | 0,010 | 0,001 | 0,007 |
| 7 | U | 2528,50 | 2978,50 | 2452,00 | 2657,00 | 2371,50 | 2561,00 |
| | Valor p | 0,002 | 0,111 | 0,001 | 0,009 | 0,000 | 0,003 |
| 8 | U | 3880,00 | 4596,00 | 4045,00 | 4169,50 | 3857,50 | 4107,50 |
| | Valor p | 0,043 | 0,896 | 0,102 | 0,217 | 0,039 | 0,163 |
| 9 | U | 3307,00 | 4353,00 | 3234,00 | 3770,50 | 3192,00 | 3578,00 |
| | Valor p | 0,001 | 0,579 | 0,000 | 0,038 | 0,000 | 0,010 |
| 10 | U | 3042,00 | 3415,00 | 3272,50 | 3120,50 | 3129,50 | 3070,50 |
| | Valor p | 0,011 | 0,166 | 0,061 | 0,024 | 0,025 | 0,017 |
| 11 | U | 3081,00 | 3064,00 | 3117,50 | 2963,50 | 3153,00 | 3009,50 |
| | Valor p | 0,023 | 0,022 | 0,029 | 0,010 | 0,042 | 0,015 |
| 12 | U | 593,50 | 683,50 | 660,00 | 605,00 | 616,50 | 618,00 |
| | Valor p | 0,000 | 0,001 | 0,001 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |

Como podemos verificar na tabela 19, na *Hiperactividade* as diferenças de sexo ocorrem em todas as idades. Em relação ao *Défice de Atenção* as diferenças atingem significância somente aos 11 e 12 anos. Na *Hiperactividade+Défice de Atenção* constatamos diferenças na maioria das idades, excepto aos 8 e 10 anos de idade. Ao nível dos *Problemas de Comportamento* há diferenças em todas as idades, excepto aos 8 anos. Na *Hiperactividade+Problemas de Comportamento* também as diferenças são evidentes em todas as idades. Por fim, analisando os resultados da pontuação total, os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas entre sexos em todas as idades, excepto aos 8 anos.

Tabela 20 Resultados do Teste Mann-Whitney para as comparações entre sexos, em cada ano escolar (N = 1092)

| Idade do aluno | | HP | DA | HP+ DA | PC | HP+ PC (extra) | T |
|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------------|---------|
| 1º Ano | U | 2298,00 | 2713,50 | 2438,50 | 2453,50 | 2262,50 | 2414,50 |
| | Valor p | 0,000 | 0,011 | 0,001 | 0,001 | 0,000 | 0,000 |
| 2º Ano | U | 3003,50 | 3683,50 | 3092,00 | 3340,50 | 2920,00 | 3243,50 |
| | Valor p | 0,022 | 0,863 | 0,042 | 0,224 | 0,012 | 0,131 |
| 3º Ano | U | 3970,50 | 4888,00 | 3954,50 | 4247,00 | 3893,50 | 4138,50 |
| | Valor p | ,004 | ,556 | ,003 | ,034 | ,003 | 0,018 |
| 4º Ano | U | 2670,50 | 3506,50 | 2982,50 | 2998,00 | 2796,50 | 2964,00 |
| | Valor p | 0,000 | ,334 | 0,008 | 0,013 | 0,002 | 0,010 |
| 5º Ano | U | 4018,00 | 4036,00 | 4122,50 | 3906,50 | 4051,00 | 3915,50 |
| | Valor p | 0,062 | 0,072 | 0,111 | 0,034 | 0,078 | ,036 |
| 6º Ano | U | 2628,50 | 2960,00 | 2785,00 | 2729,50 | 2745,00 | 2776,00 |
| | Valor p | 0,000 | 0,013 | 0,002 | 0,001 | 0,001 | 0,002 |

Relativamente às subescalas *Hiperactividade*, *Hiperactividade+Défice de atenção* e *Hiperactividade+Problemas de Comportamento (escala extra)* as diferenças entre géneros ocorrem em todos os anos, apenas com excepção do 5º ano. Ao nível do *Défice de Atenção* as diferenças significativas verificam-se no 1º e 6º ano. Em relação aos *Problemas de Comportamento*, registam-se níveis significativos em todos os anos, excepto no 2º ano. A análise das pontuações globais revela-nos diferenças estatisticamente significativas entre sexos, para os diversos anos escolares.

Sempre que o teste Mann-Whitney assinalou diferenças significativas, as medianas são sistematicamente superiores nos rapazes do que nas raparigas. Os valores medianos poderão ser consultados nas tabelas da próxima secção.

6.2.2. Resultados por idade e por ano de escolaridade

Na tabela 21, mostram-se as pontuações nas subescalas e escala EDAH total por idade, determinadas separadamente em cada sexo, e os resultados da comparações através do teste Kruskal-Wallis.

Tabela 21 Resultados por Idade e Sexo

| Idade do aluno | Sexo do aluno | | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|------------------------------|---------------|----------|----------|------------|----------|------------|--------------------|-------------|
| 6 | ♂ (N=52) | M | 5,08 | 4,88 | 6,17 | 9,96 | 11,25 | 16,13 |
| | | Md | 4 | 4,5 | 3 | 8 | 7 | 10,5 |
| | | DP | 4,18 | 3,65 | 7,18 | 7,07 | 11,12 | 13,83 |
| | ♀ (N=41) | M | 2,56 | 3,83 | 2,73 | 6,39 | 5,29 | 9,12 |
| | | Md | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 | 6 |
| | | DP | 3,53 | 3,73 | 4,51 | 6,53 | 7,80 | 10,69 |
| 7 | ♂ (N=89) | M | 4,40 | 4,56 | 5,04 | 8,97 | 9,45 | 14,01 |
| | | Md | 4 | 4 | 3 | 8 | 7 | 10 |
| | | DP | 3,88 | 3,62 | 5,79 | 6,53 | 9,38 | 11,86 |
| | ♀ (N=78) | M | 2,77 | 3,82 | 2,99 | 6,59 | 5,76 | 9,58 |
| | | Md | 1 | 3 | 1 | 6 | 2 | 6 |
| | | DP | 3,47 | 3,69 | 5,50 | 6,31 | 8,56 | 11,06 |
| 8 | ♂ (N=92) | M | 3,33 | 3,38 | 3,28 | 6,71 | 6,61 | 9,99 |
| | | Md | 2 | 3 | 1 | 6 | 4 | 7 |
| | | DP | 3,52 | 3,21 | 5,19 | 5,85 | 8,32 | 10,48 |
| | ♀ (N=101) | M | 2,46 | 3,31 | 2,49 | 5,76 | 4,94 | 8,25 |
| | | Md | 1 | 3 | 0 | 4 | 2 | 6 |
| | | DP | 3,19 | 3,13 | 4,70 | 5,41 | 7,62 | 9,59 |
| 9 | ♂ (N=83) | M | 3,80 | 4,60 | 4,81 | 8,40 | 8,60 | 13,20 |
| | | Md | 2 | 4 | 3 | 7 | 5 | 10 |
| | | DP | 3,81 | 3,51 | 5,77 | 6,43 | 9,25 | 11,64 |
| | ♀ (N=110) | M | 2,07 | 4,19 | 2,29 | 6,26 | 4,36 | 8,55 |
| | | Md | 1 | 4 | 0 | 6 | 1,5 | 7 |
| | | DP | 2,67 | 3,05 | 4,04 | 4,72 | 6,44 | 8,12 |
| 10 | ♂ (N=97) | M | 3,49 | 3,82 | 3,91 | 7,32 | 7,40 | 11,23 |
| | | Md | 2 | 3 | 2 | 7 | 4 | 8 |
| | | DP | 3,84 | 3,56 | 5,26 | 6,50 | 8,72 | 11,05 |
| | ♀ (N=80) | M | 1,89 | 3,25 | 2,33 | 5,14 | 4,21 | 7,46 |
| | | Md | 1 | 2 | 1 | 3,5 | 1,5 | 4,5 |
| | | DP | 2,85 | 3,47 | 3,47 | 5,54 | 5,84 | 8,58 |
| 11 | ♂ (N=89) | M | 4,13 | 5,13 | 6,19 | 9,27 | 10,33 | 15,46 |
| | | Md | 3 | 4 | 3 | 7 | 5 | 11 |
| | | DP | 4,20 | 4,11 | 7,52 | 7,48 | 11,41 | 14,37 |
| | ♀ (N=86) | M | 2,65 | 3,93 | 4,09 | 6,58 | 6,74 | 10,67 |
| | | Md | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 5 |
| | | DP | 3,54 | 4,01 | 6,45 | 6,69 | 9,58 | 12,74 |
| 12 | ♂ (N=49) | M | 5,373 | 7,55 | 8,76 | 12,92 | 14,12 | 21,67 |
| | | Md | 5 | 8 | 7 | 13 | 13 | 19 |
| | | DP | 4,53 | 4,66 | 8,25 | 8,55 | 12,46 | 16,37 |
| | ♀ (N=45) | M | 1,84 | 4,53 | 3,13 | 6,38 | 4,98 | 9,51 |
| | | Md | 1 | 4 | 1 | 6 | 2 | 8 |
| | | DP | 2,78 | 3,40 | 5,21 | 5,48 | 7,76 | 10,17 |
| Kruskal-Wallis (g.l. = 6) | ♀ | χ^2 | 3,091 NS | 10,708 NS | 5,212 NS | 5,784 NS | 2,194 NS | 4,468 NS |
| | ♂ | χ^2 | 13,921* | 34,463*** | 22,732** | 25,353*** | 18,613** | 25,079*** |

NS = não significativo. * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Os resultados da análise indicaram que, nas *raparigas*, não há diferenças significativas por idade nas pontuações das várias subescalas ou na pontuação total.

Já nos *rapazes*, registam-se diferenças estatisticamente significativas por idade, em cada uma das subescalas e na escala global:

— no que concerne à subescala *Hiperactividade*, os rapazes apresentam valores medianos mais baixos nas idades dos 8, 9 e 10 anos. Os valores medianos mais elevados surgem aos 6 e 7 anos, voltando a constatar-se um novo aumento nas idades dos 11 e 12 anos.

— em relação à subescala *Défice de atenção*, aos 12 anos constatamos um valor mediano muito elevado ($Md=8$) comparativamente com as restantes idades. O segundo valor mais alto é aos 6 anos ($Md=4,5$). Dos 7 aos 10 anos de idade, os valores são muito semelhantes (as medianas situam-se entre os valores 3-4).

— na subescala *Hiperactividade+Défice de atenção*, há apenas a salientar a idade dos 12 anos, com uma mediana significativamente superior às outras idades ($Md=7$).

— relativamente à subescala *Problemas de Comportamento*, constatamos aos 12 anos um aumento muito relevante do valor mediano ($Md=13$). Verificamos um decréscimo ténue dos valores entre os 8 e os 10 anos de idade (comparativamente com as idades dos 6 e 7 anos).

— na subescala *Hiperactividade+Problemas de comportamento*, há uma diminuição dos valores medianos entre os 8 e os 10 anos, começando novamente a aumentar aos 11 anos e atingindo um valor elevado aos 12 anos ($Md=13$).

— por último, analisando os valores da escala global, observamos um decréscimo dos sintomas aos 8 anos de idade ($Md=7$). Em contrapartida, há um aumento nítido a partir dos 11 anos, registando-se a pontuação mais alta na idade dos 12 anos ($Md=19$).

Sintetizando, nos *rapazes*, os 8 anos é a idade em que aparecem os valores medianos mais baixos, em todas as subescalas e escala total. Sistemáticamente, é aos 12 anos que se denotam os valores medianos mais elevados em todos os sintomas e na globalidade.

Na tabela 22, apresentamos as pontuações por ano escolar em cada sexo que foram comparadas através do teste Kruskal-Wallis.

Tabela 22 Resultados por Ano Escolar e Sexo

| Ano escolar | Sexo do aluno | | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|----------------|---------------|----------|----------|----------|-----------|------------|--------------------|------------|
| 1º Ano | ♂ (N=95) | M | 5,11 | 4,77 | 5,91 | 9,87 | 11,01 | 15,78 |
| | | Md | 5 | 4 | 3 | 8 | 8 | 11 |
| | | DP | 3,89 | 3,54 | 6,48 | 6,69 | 10,06 | 12,76 |
| | ♀ (N=74) | M | 3,04 | 3,47 | 3,08 | 6,51 | 6,12 | 9,59 |
| | | Md | 1 | 2 | 1 | 6,5 | 3 | 7,5 |
| | | DP | 3,71 | 3,53 | 4,57 | 6,27 | 8,05 | 10,36 |
| 2º Ano | ♂ (N=88) | M | 3,75 | 4,14 | 4,20 | 7,89 | 7,95 | 12,09 |
| | | Md | 2 | 4 | 1 | 6 | 3,5 | 7,5 |
| | | DP | 3,95 | 3,78 | 6,05 | 6,76 | 9,72 | 12,33 |
| | ♀ (N=85) | M | 2,58 | 4,26 | 3,12 | 6,84 | 5,69 | 9,95 |
| | | Md | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 | 6 |
| | | DP | 3,33 | 3,86 | 6,04 | 6,55 | 9,04 | 11,88 |
| 3º Ano | ♂ (N=87) | M | 3,51 | 3,98 | 3,74 | 7,48 | 7,24 | 11,22 |
| | | Md | 2 | 3 | 1 | 7 | 4 | 9 |
| | | DP | 3,64 | 3,35 | 4,84 | 5,87 | 8,11 | 10,05 |
| | ♀ (N=118) | M | 2,13 | 3,56 | 2,01 | 5,69 | 4,14 | 7,70 |
| | | Md | 1 | 4 | 0 | 5 | 1 | 6 |
| | | DP | 2,85 | 2,85 | 3,83 | 4,65 | 6,42 | 7,95 |
| 4º Ano | ♂ (N=87) | M | 3,53 | 4,16 | 4,06 | 7,69 | 7,59 | 11,75 |
| | | Md | 2 | 4 | 2 | 7 | 5 | 9 |
| | | DP | 3,40 | 3,55 | 5,37 | 5,93 | 8,40 | 10,67 |
| | ♀ (N=88) | M | 1,75 | 3,65 | 1,92 | 5,40 | 3,67 | 7,32 |
| | | Md | 1 | 3 | 0 | 5 | 2 | 5 |
| | | DP | 2,12 | 3,34 | 3,07 | 4,68 | 4,91 | 7,19 |
| 5º Ano | ♂ (N=109) | M | 4,50 | 5,33 | 6,68 | 9,83 | 11,18 | 16,51 |
| | | Md | 3 | 4 | 4 | 7 | 6 | 11 |
| | | DP | 4,52 | 4,46 | 7,27 | 8,24 | 11,43 | 14,94 |
| | ♀ (N=87) | M | 3,16 | 4,32 | 5,23 | 7,48 | 8,39 | 12,71 |
| | | Md | 1 | 3 | 2 | 5 | 4 | 8 |
| | | DP | 4,16 | 4,35 | 7,04 | 7,51 | 10,61 | 14,05 |
| 6º Ano | ♂ (N=85) | M | 3,87 | 5,24 | 5,80 | 9,11 | 9,67 | 14,91 |
| | | Md | 3 | 4 | 2 | 8 | 5 | 11 |
| | | DP | 4,11 | 4,08 | 7,62 | 7,54 | 11,46 | 14,62 |
| | ♀ (N=89) | M | 1,52 | 3,55 | 1,94 | 5,07 | 3,46 | 7,01 |
| | | Md | 1 | 3 | 0 | 4 | 1 | 5 |
| | | DP | 2,02 | 2,91 | 3,17 | 4,35 | 4,99 | 7,08 |
| Kruskal-Wallis | ♀ | χ^2 | 8,663 NS | 2,172 NS | 20,580 ** | 3,262 NS | 14,337 * | 5,532 NS |
| (g.l. = 5) | ♂ | χ^2 | 12,402* | 8,524 NS | 14,996* | 8,647 NS | 13,914* | 11,629* |

NS = não significativo ($p > .05$). * $p < .05$; ** $p < .01$.

Nas raparigas, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas por ano em duas subescalas, a saber, *Hiperactividade+Défice da Atenção* e *hiperactividade problemas de comportamento*, não se registando diferenças nas restantes subescalas nem na pontuação total. Nos rapazes registam-se diferenças significativas por ano de escolaridade nas subescalas de *Hiperactividade*, *Hiperactividade+Défice da Atenção* e *Hiperactividade + Problemas de Comportamento*, bem como na pontuação total (não houve diferenças significativas nas subescalas *Défice de Atenção* e *Problemas de Comportamento*).

Passamos a descrever detalhadamente os resultados que atingiram significância estatística.

Na subescala *Hiperactividade* a mediana para os rapazes, no 1º ano, afigura-se com o valor mais elevado (Md=5), depois há uma diminuição no 2º, 3º e 4º ano e volta a acontecer um ligeiro aumento dos valores a partir do 5º ano (Md=3).

Na subescala *Hiperactividade+Défice da Atenção*, damos-nos conta de variações ao longo dos vários anos de escolaridade, em ambos os sexos. Nas meninas, os valores medianos são de 0 ou 1 até o 4º ano, o valor mediano mais alto situa-se no 5º ano (Md=2), voltando a diminuir até 0 no 6º ano (Md=0). Nos rapazes, no 1º ano a mediana assume um dos valores mais elevados (Md = 3), em contraste com os 2º e 3º anos de escolaridade, com as medianas mais baixas (Md = 1); de seguida regista-se um novo acréscimo de sintomas, com medianas de 2 nos 4º e 6º anos, registando-se o valor mediano mais elevado no 5º ano.

Na subescala *Hiperactividade+Problemas de Comportamento*, nos rapazes encontramos o valor mais elevado no 1º ano (Md=8), depois uma drástica diminuição no 2º ano com a mediana mais baixa (Md = 3.5), registando-se de seguida uma subida ténue e progressiva até ao 5º ano (Md = 6), em que a partir do 4º ano as medianas assumem valores de 5 ou 6. Nas raparigas, as medianas mais elevadas surgem no 1º ano (Md=3) e novamente no 5º (Md=4), ao passo que nos restantes anos de escolaridade os valores situam-se em 1 ou 2.

Relativamente aos valores da escala global, nos rapazes os valores medianos mais elevados estão presentes nos 1º, 5º e 6º anos (Md=11), sendo o mais baixo no 2º ano de escolaridade (Md=7,5).

6.2.3. Resultados por variáveis geográficas

Na Tabela 23 apresentam-se os resultados por situação geográfica. Optámos por considerar quatro áreas geográficas e aplicar o Kruskal-Wallis, separadamente nos rapazes e nas raparigas. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as áreas geográficas em todas as subescalas e na escala total ($p < 0,0005$).

Os valores medianos apontam, em ambos os sexos, para sintomas sistematicamente mais elevados no Centro Interior e mais baixos no Norte Interior, em todas as subescalas e escala total.

Tabela 23 Resultados por Área Geográfica e Sexo

| Sexo do aluno | Área Geográfica | | HP | DA | HP+ DA | PC | HP + PC (extra) | Total |
|----------------|---------------------------|----------|------------|-----------|------------|-------------|---------------------|-------------|
| ♂ | Norte Litoral (N=148) | M | 4,80 | 5,10 | 5,76 | 9,90 | 10,55 | 15,66 |
| | | Md | 4,5 | 4 | 3 | 9 | 7 | 12 |
| | | DP | 3,80 | 3,82 | 6,11 | 6,46 | 9,58 | 12,07 |
| | Centro Litoral (N=123) | M | 4,56 | 4,64 | 5,76 | 9,20 | 10,33 | 14,97 |
| | | Md | 4 | 4 | 3 | 7 | 6 | 10 |
| | | DP | 4,42 | 3,76 | 7,22 | 7,55 | 11,29 | 14,15 |
| | Norte Interior (N=220) | M | 2,74 | 3,85 | 3,25 | 6,59 | 5,99 | 9,84 |
| | | Md | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 | 6 |
| | | DP | 3,44 | 3,81 | 5,40 | 6,47 | 8,49 | 11,28 |
| | Centro Interior (N=60) | M | 6,23 | 6,30 | 9,22 | 12,53 | 15,45 | 21,75 |
| | | Md | 6 | 6 | 7,5 | 12,5 | 15 | 19,5 |
| | | DP | 3,80 | 3,69 | 6,91 | 6,47 | 10,26 | 12,98 |
| ♀ | Norte Litoral (N=148) | M | 2,77 | 3,89 | 2,65 | 6,66 | 5,42 | 9,30 |
| | | Md | 2 | 4 | 1 | 6 | 2 | 7 |
| | | DP | 3,27 | 2,77 | 4,16 | 5,13 | 7,08 | 8,76 |
| | Centro Litoral (N=114) | M | 2,33 | 3,80 | 2,95 | 6,13 | 5,28 | 9,08 |
| | | Md | 1 | 3 | 1 | 4 | 1 | 4,5 |
| | | DP | 3,51 | 3,81 | 5,03 | 6,39 | 8,29 | 10,91 |
| | Norte Interior (N=219) | M | 1,45 | 3,03 | 1,560 | 4,48 | 3,05 | 6,08 |
| | | Md | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 | 4 |
| | | DP | 2,30 | 3,17 | 3,21 | 4,64 | 5,23 | 7,32 |
| | Centro Interior (N=60) | M | 4,42 | 6,35 | 7,48 | 10,77 | 11,90 | 18,25 |
| | | Md | 3,5 | 5 | 5 | 8 | 8,5 | 14,5 |
| | | DP | 3,56 | 4,20 | 7,96 | 6,79 | 11,01 | 14,06 |
| Kruskal-Wallis | ♀ | χ^2 | 58,084*** | 28,149*** | 63,582*** | 52,051*** | 66,503*** | 61,174*** |
| (g.l. = 3) | ♂ | χ^2 | 62,080*** | 37,661*** | 66,830*** | 54,843*** | 70,485*** | 66,008*** |

*** $p < .0005$

6.3. Valores percentílicos de referência

As escalas percentílicas “tratam-se de escalas que podem ser interpretáveis, mesmo quando os resultados na prova em causa não se distribuem segundo as leis da curva normal” (Almeida & Freire, 2007: 209).

Tal como os autores espanhóis, as pontuações são apresentados em percentis devido à falta de normalidade da distribuição. Estabelecemos o percentil 95, como ponto de corte, para cada um dos sintomas, de forma a obtermos critérios mais fidedignos, que podem ajudar ao avaliador a tomar decisões acerca do diagnóstico. Deste modo, a partir do percentil 95, podemos determinar com alguma precisão o risco de padecer do distúrbio.

Farré e Narbona (2003), referem que para considerarmos a hipótese de PHDA, deve superar-se o ponto de corte nas subescalas de *Hiperactividade* e de *Défice de Atenção*.

Os autores apresentam normas para os 6 níveis de escolaridade (do 1º ao 6º ano), sob a forma de percentis, incluindo também a média e o desvio-padrão, para cada uma das subescalas (*Hiperactividade*, *Défice de Atenção*, *Hiperactividade+Défice de Atenção* e *Problemas de Comportamento*). Apresentam para cada tabela, três níveis de risco possíveis: elevado, moderado e sem risco. Contudo, no presente trabalho preferimos referir somente o percentil 95, sem distinguir entre níveis de risco.

Ao longo da apresentação dos valores de referência para a nossa amostra, tentaremos fazer uma comparação entre ambos estudos tendo em conta o ano de escolaridade (não é possível realizar outras comparações, uma vez que Farré e Narbona não apresentam percentis por idade nem por género).

De acordo com o conhecimento comum, o diagnóstico deve ser completado, tendo como base os dados referentes à vida social e escolar do aluno e a uma anamnese pormenorizada que possa conduzir-nos a hipóteses etiológicas da perturbação.

Tabela 24 Percentis por ano escolar (1º Ano)

| | | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|
| N | | 169 | 169 | 169 | 169 | 169 | 169 |
| M | | 4,20 | 4,20 | 4,67 | 8,40 | 8,87 | 13,07 |
| Md | | 4 | 4 | 2 | 7 | 6 | 10 |
| DP | | 3,94 | 3,58 | 5,88 | 6,70 | 9,52 | 12,13 |
| Percentis | 100 | 15 | 14 | 27 | 26 | 42 | 51 |
| | 99 | 14,3 | 13,3 | 26,3 | 26 | 39,9 | 51 |
| | 98 | 13,6 | 12,6 | 21,2 | 25 | 34 | 45 |
| | 97 | 13 | 11,9 | 19,9 | 25 | 32,8 | 43,8 |
| | 96 | 13 | 11 | 18,2 | 24,2 | 31 | 41,2 |
| | 95 | 12,5 | 11 | 17 | 22 | 30 | 40,5 |
| | 94 | 12 | 11 | 16,8 | 20 | 28,8 | 38,6 |
| | 93 | 11,1 | 10,1 | 16 | 20 | 27,1 | 36,1 |
| | 92 | 11 | 10 | 15 | 19,4 | 26 | 35,4 |
| | 91 | 10,7 | 10 | 15 | 19 | 24,7 | 33 |
| | 90 | 10 | 10 | 14 | 19 | 23 | 31 |
| | 85 | 9 | 8 | 11 | 16 | 20 | 26 |
| | 80 | 8 | 7 | 9 | 14 | 17 | 24 |
| | 75 | 7 | 7 | 7 | 12,5 | 13,5 | 19,5 |
| | 70 | 6 | 6 | 5 | 11 | 11 | 16 |
| | 65 | 5,5 | 6 | 4 | 9,5 | 9,5 | 13,5 |
| | 60 | 5 | 5 | 3 | 9 | 8 | 12 |
| | 55 | 4 | 4 | 3 | 8 | 7 | 11 |
| | 50 | 4 | 4 | 2 | 7 | 6 | 10 |
| | 45 | 3 | 3 | 2 | 7 | 4 | 9 |
| | 40 | 2 | 2 | 1 | 6 | 4 | 8 |
| | 35 | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 | 7 |
| | 30 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 5 |
| | 25 | 0,5 | 1 | 0 | 3 | 1 | 4 |
| | 20 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1,5 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Na tabela 24 apresentamos os valores percentílicos para o 1º ano escolar. Apesar de incluirmos percentis para a subescala *Hiperactividade+Problemas de Comportamento* e para a pontuação total, compararemos apenas as restantes subescalas, pelo facto de Farré e Narbona (2003), apenas terem realizado normas para essas quatro subescalas. Ainda em relação ao estudo original, consideraremos apenas os valores apresentados por Farré e Narbona que surgem no patamar “risco elevado” (que é considerado a partir do percentil 95).

Na subescala *Hiperactividade* da versão espanhola temos uma pontuação de 11 (M=3,55; DP=3,77) e no nosso estudo é 12,5 (M=4,20; DP=3,94). Relativamente ao sintoma de défice de atenção, o valor obtido é exactamente igual nos dois estudos (sendo de 11 pontos). Na junção da *Hiperactividade+Défice de Atenção*, a versão espanhola apresenta um valor superior ao nosso (20 pontos). Em relação aos *Problemas de Comportamento*, acontece precisamente o oposto, sendo o deles de 16 pontos e o nosso de 22.

Tabela 25 Percentis por ano escolar (2º Ano)

| | | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|
| N | | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 |
| M | | 3,17 | 4,20 | 3,67 | 7,37 | 6,84 | 11,04 |
| Md | | 2 | 3 | 1 | 6 | 3 | 7 |
| DP | | 3,69 | 3,81 | 6,05 | 6,66 | 9,43 | 12,13 |
| Percentis | 100 | 15 | 14 | 30 | 28 | 40 | 53 |
| | 99 | 15 | 14 | 27,8 | 26,5 | 40 | 53 |
| | 98 | 13,5 | 13,5 | 25,5 | 24 | 39,5 | 51 |
| | 97 | 12,8 | 13 | 24,6 | 23,8 | 38,8 | 47,7 |
| | 96 | 12 | 13 | 21,1 | 23 | 32,2 | 42 |
| | 95 | 11 | 12,3 | 20 | 22,3 | 30,6 | 39,2 |
| | 94 | 10 | 12 | 16 | 21,1 | 26 | 35,6 |
| | 93 | 10 | 11 | 14,8 | 19,8 | 24,8 | 34,6 |
| | 92 | 10 | 11 | 14 | 19 | 23,1 | 33 |
| | 91 | 10 | 11 | 12 | 19 | 21,3 | 29,7 |
| | 90 | 10 | 10 | 11 | 18 | 20,6 | 28,6 |
| | 85 | 7 | 8,9 | 8,8 | 15 | 14,9 | 22,9 |
| | 80 | 6 | 7 | 6 | 13 | 12 | 19,2 |
| | 75 | 5 | 6 | 4,5 | 10,5 | 9 | 16,5 |
| | 70 | 4 | 6 | 3 | 9 | 7,8 | 12 |
| | 65 | 4 | 5 | 2 | 8 | 6 | 10 |
| | 60 | 3 | 4 | 2 | 7 | 5 | 9 |
| | 55 | 2 | 4 | 1 | 6 | 3 | 8 |
| | 50 | 2 | 3 | 1 | 6 | 3 | 7 |
| | 45 | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 | 6 |
| | 40 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 5 |
| | 35 | 1 | 2 | 0 | 3,9 | 1 | 4 |
| | 30 | 0 | 1,2 | 0 | 3 | 1 | 3 |
| | 25 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| | 20 | 0 | 0 | 0 | 1,8 | 0 | 2 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Relativamente ao 2º ano de escolaridade, as pontuações não diferem muito do estudo de Farré e Narbona, para o nosso estudo. Apenas vale a pena destacar, que, uma vez mais, os nossos resultados na subescala *Problemas de Comportamento* são superiores aos das normas da versão espanhola (situando-se o deles entre o 18-19).

Tabela 26 Percentis por ano escolar (3º Ano)

| | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|------------|-----------|-------------|-------------|--------------------|-------------|
| N | 205 | 205 | 205 | 205 | 205 | 205 |
| M | 2,71 | 3,74 | 2,74 | 6,45 | 5,45 | 9,19 |
| Md | 1 | 4 | 1 | 6 | 2 | 7 |
| DP | 3,28 | 3,07 | 4,36 | 5,26 | 7,33 | 9,05 |
| Percentis | 100 | 14 | 13 | 23 | 25 | 35 |
| | 99 | 12 | 11,9 | 19,9 | 21,9 | 31,9 |
| | 98 | 12 | 11 | 17 | 20,6 | 28,9 |
| | 97 | 11 | 10 | 15,8 | 18 | 26,5 |
| | 96 | 11 | 10 | 13,8 | 17 | 23,8 |
| | 95 | 10 | 9,7 | 12,7 | 16,7 | 22,4 |
| | 94 | 10 | 9 | 11,6 | 15,6 | 20,3 |
| | 93 | 9,6 | 9 | 10,6 | 15 | 18,6 |
| | 92 | 8 | 8 | 9,5 | 15 | 17 |
| | 91 | 8 | 8 | 9 | 15 | 16 |
| | 90 | 8 | 8 | 9 | 15 | 16 |
| | 85 | 6 | 7 | 7 | 12 | 14,1 |
| | 80 | 5 | 7 | 5 | 11 | 10 |
| | 75 | 4 | 6 | 4 | 9 | 8 |
| | 70 | 4 | 5 | 3 | 8,2 | 7 |
| | 65 | 3 | 5 | 2 | 8 | 5 |
| | 60 | 2 | 4 | 1 | 7 | 4 |
| | 55 | 2 | 4 | 1 | 6,3 | 3 |
| | 50 | 1 | 4 | 1 | 6 | 2 |
| | 45 | 1 | 3 | 0 | 5 | 1 |
| | 40 | 1 | 3 | 0 | 4 | 1 |
| | 35 | 0 | 2 | 0 | 4 | 1 |
| | 30 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 |
| | 25 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| | 20 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Relativamente à tabela 26, observando a subescala hiperatividade, verificamos que a pontuação obtida no percentil 95 é de 10 pontos. No que concerne à versão espanhola, a pontuação 10 situa-se apenas ao nível do risco moderado. No que toca aos restantes sintomas, há apenas a salientar a subescala *Hiperatividade+Défice de Atenção* em que a pontuação é claramente superior na versão espanhola (23 pontos no percentil 95). Curiosamente, esse mesmo valor é atingido na nossa versão no percentil 100.

Tabela 27 Percentis por ano escolar (4º Ano)

| | | HP + PC (extra) | | | | | T |
|-----------|-----|--------------------|------|---------|-------|------|------|
| | | HP | DA | HP + DA | PC | | |
| N | | 175 | 175 | 175 | 175 | 175 | 175 |
| M | | 2,63 | 3,90 | 2,98 | 6,54 | 5,62 | 9,52 |
| Md | | 2 | 3 | 1 | 6 | 2 | 7 |
| DP | | 2,96 | 3,45 | 4,49 | 5,451 | 7,13 | 9,33 |
| Percentis | 100 | 12 | 15 | 25 | 21 | 36 | 44 |
| | 99 | 12 | 13,5 | 21,2 | 20,2 | 33 | 40,2 |
| | 98 | 11 | 12 | 17,5 | 19,5 | 27,4 | 37 |
| | 97 | 10,7 | 11,7 | 15,2 | 19 | 24,4 | 32,9 |
| | 96 | 10 | 11 | 13 | 18 | 22,9 | 29 |
| | 95 | 9 | 11 | 12,2 | 18 | 21 | 26,6 |
| | 94 | 8,4 | 10,4 | 12 | 17 | 20 | 25 |
| | 93 | 8 | 10 | 11 | 15,7 | 18 | 25 |
| | 92 | 7 | 9,9 | 11 | 14,9 | 18 | 24 |
| | 91 | 7 | 9 | 11 | 14 | 17,2 | 23,2 |
| | 90 | 7 | 9 | 9,4 | 14 | 16 | 23 |
| | 85 | 6 | 8 | 7 | 13 | 13 | 20 |
| | 80 | 5 | 7 | 6 | 12 | 11 | 16 |
| | 75 | 4 | 6 | 5 | 10 | 8 | 15 |
| | 70 | 3,2 | 5 | 3 | 9 | 7 | 14 |
| | 65 | 3 | 5 | 3 | 8 | 6 | 11 |
| | 60 | 2 | 4 | 2 | 7 | 4 | 10 |
| | 55 | 2 | 4 | 1 | 6 | 3 | 8 |
| | 50 | 2 | 3 | 1 | 6 | 2 | 7 |
| | 45 | 1 | 3 | 0 | 5 | 2 | 5,2 |
| | 40 | 1 | 2 | 0 | 4 | 1 | 4,4 |
| | 35 | 1 | 2 | 0 | 3,6 | 1 | 4 |
| | 30 | 0 | 1,8 | 0 | 3 | 1 | 3 |
| | 25 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | 20 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Também na tabela 27, apenas há a registar a subescala *Hiperactividade+Défice de Atenção* em que o percentil 95 é novamente superior na versão espanhola (21-22) pontos.

Tabela 28 Percentis por ano escolar (5º Ano)

| | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|------------|-----------|-------------|-------------|--------------------|-------------|
| N | 196 | 196 | 196 | 196 | 196 | 196 |
| M | 3,91 | 4,88 | 6,04 | 8,79 | 9,94 | 14,83 |
| Md | 2 | 4 | 3 | 7 | 5,5 | 10 |
| DP | 4,40 | 4,43 | 7,19 | 7,99 | 11,13 | 14,64 |
| Percentis | 100 | 15 | 15 | 29 | 30 | 43 |
| | 99 | 14 | 15 | 27,1 | 28,1 | 41,1 |
| | 98 | 14 | 15 | 26 | 28 | 38,2 |
| | 97 | 14 | 14,1 | 24,1 | 27,1 | 36,1 |
| | 96 | 13 | 14 | 23 | 26 | 34,2 |
| | 95 | 13 | 14 | 22,2 | 25 | 33,2 |
| | 94 | 13 | 14 | 22 | 23,2 | 33 |
| | 93 | 13 | 13 | 20,2 | 23 | 31 |
| | 92 | 12,2 | 13 | 18,5 | 23 | 30 |
| | 91 | 12 | 12,3 | 17,3 | 22 | 29 |
| | 90 | 11 | 12 | 16,3 | 21,3 | 28 |
| | 85 | 10 | 10 | 15 | 18,5 | 23,5 |
| | 80 | 8 | 9 | 12 | 16 | 21 |
| | 75 | 7 | 8 | 10 | 15 | 16 |
| | 70 | 6 | 7 | 8 | 13 | 13,9 |
| | 65 | 4 | 7 | 7 | 11 | 10,1 |
| | 60 | 4 | 5 | 5 | 9,2 | 9 |
| | 55 | 3 | 5 | 4 | 7,4 | 7 |
| | 50 | 2 | 4 | 3 | 7 | 5,5 |
| | 45 | 1 | 3 | 2 | 5 | 4 |
| | 40 | 1 | 2,8 | 2 | 4 | 3 |
| | 35 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 |
| | 30 | 0,1 | 1 | 0 | 3 | 1 |
| | 25 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 |
| | 20 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Há a salientar na subescala *Problemas de Comportamento*, que o valor do percentil 90 do nosso estudo é muito superior ao da versão espanhola (que foi de 17 pontos).

Tabela 29 Percentis por ano escolar (6º Ano)

| | | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|-----|------|------|---------|------|--------------------|-------|
| N | | 174 | 174 | 174 | 174 | 174 | 174 |
| M | | 2,67 | 4,37 | 3,83 | 7,04 | 6,49 | 10,87 |
| Md | | 1 | 3,5 | 1 | 5 | 2 | 6,5 |
| DP | | 3,41 | 3,62 | 6,09 | 6,43 | 9,28 | 12,04 |
| Percentis | 100 | 14 | 14 | 30 | 27 | 44 | 52 |
| | 99 | 14 | 13,3 | 29,3 | 24 | 40,3 | 46,8 |
| | 98 | 13 | 13 | 22,5 | 22,5 | 36 | 45 |
| | 97 | 11,8 | 13 | 19 | 21,8 | 31 | 43,5 |
| | 96 | 11 | 12 | 18 | 21 | 29 | 40 |
| | 95 | 10 | 11,3 | 18 | 20,3 | 27,5 | 36,3 |
| | 94 | 9,5 | 11 | 17 | 20 | 26 | 36 |
| | 93 | 9 | 11 | 16 | 19,8 | 24,8 | 35 |
| | 92 | 9 | 10 | 16 | 19 | 24 | 35 |
| | 91 | 9 | 10 | 15 | 18 | 23 | 34,3 |
| | 90 | 8 | 10 | 15 | 18 | 22 | 33,5 |
| | 85 | 6,8 | 9 | 9 | 15 | 14,8 | 23,5 |
| | 80 | 5 | 8 | 7 | 12 | 13 | 19 |
| | 75 | 4 | 7 | 5 | 11 | 9 | 16 |
| | 70 | 4 | 6 | 4 | 9 | 7 | 13 |
| | 65 | 3 | 5 | 3 | 8 | 5,8 | 11 |
| | 60 | 2 | 5 | 2 | 7 | 5 | 9 |
| | 55 | 2 | 4 | 1 | 6 | 3 | 8 |
| | 50 | 1 | 3,5 | 1 | 5 | 2 | 6,5 |
| | 45 | 1 | 3 | 0 | 4 | 1 | 5 |
| | 40 | 0 | 3 | 0 | 4 | 1 | 4 |
| | 35 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 | 3 |
| | 30 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 3 |
| | 25 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | 20 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | 15 | 0 | 0,3 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Na tabela 29 e, em comparação com as pontuações obtidas na versão espanhola, observamos valores muito aproximados, com ligeiras oscilações (1 ou 2 pontos) relativamente às várias subescalas.

Tabela 30 Percentis por idade (6 Anos)

| | | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|
| N | | 93 | 93 | 93 | 93 | 93 | 93 |
| M | | 3,97 | 4,42 | 4,66 | 8,39 | 8,62 | 13,04 |
| Md | | 2 | 4 | 2 | 7 | 4 | 9 |
| DP | | 4,08 | 3,71 | 6,35 | 7,03 | 10,19 | 12,96 |
| Percentis | 100 | 15 | 14 | 27 | 26 | 42 | 51 |
| | 99 | 15 | 14 | 27 | 26 | 42 | 51 |
| | 98 | 14,1 | 13,1 | 26,1 | 26 | 39,4 | 51 |
| | 97 | 14 | 12,2 | 22,7 | 25,2 | 34,9 | 46,1 |
| | 96 | 13,2 | 11,2 | 20,5 | 25 | 34 | 45 |
| | 95 | 13 | 11 | 20 | 24,3 | 33,3 | 42,9 |
| | 94 | 13 | 11 | 18,1 | 23,4 | 31,7 | 41,4 |
| | 93 | 12,4 | 11 | 16,4 | 21,3 | 29,8 | 40,4 |
| | 92 | 12 | 10,5 | 15,5 | 20 | 28 | 38,4 |
| | 91 | 11,5 | 10 | 15 | 20 | 26,5 | 36,1 |
| | 90 | 10,6 | 10 | 15 | 20 | 25,2 | 34,2 |
| | 85 | 8,9 | 9 | 11 | 16,9 | 20 | 28,9 |
| | 80 | 7 | 8 | 9,2 | 14 | 17 | 23,2 |
| | 75 | 7 | 7 | 6,5 | 12,5 | 12,5 | 19 |
| | 70 | 5 | 6,8 | 5 | 11 | 9,8 | 14,8 |
| | 65 | 5 | 6 | 4 | 9 | 8 | 12 |
| | 60 | 4 | 5 | 3 | 8,4 | 6,4 | 11 |
| | 55 | 3 | 4 | 3 | 7,7 | 4,7 | 10 |
| | 50 | 2 | 4 | 2 | 7 | 4 | 9 |
| | 45 | 2 | 3 | 1 | 6,3 | 4 | 8 |
| | 40 | 2 | 3 | 1 | 5,6 | 3 | 7 |
| | 35 | 1 | 2 | 1 | 4,9 | 2 | 5,9 |
| | 30 | 1 | 2 | 0,2 | 4 | 2 | 4 |
| | 25 | 0,5 | 1 | 0 | 3 | 1 | 3,5 |
| | 20 | 0 | 0,8 | 0 | 2 | 1 | 2 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,1 | 2 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,4 |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabela 31 Percentis por idade (7 Anos)

| | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|
| N | 167 | 167 | 167 | 167 | 167 | 167 |
| M | 3,64 | 4,22 | 4,08 | 7,86 | 7,72 | 11,94 |
| Md | 3 | 3 | 2 | 7 | 4 | 9 |
| DP | 3,77 | 3,66 | 5,73 | 6,52 | 9,17 | 11,67 |
| Percentis | 100 | 15 | 14 | 30 | 25 | 53 |
| | 99 | 13,6 | 13,3 | 28 | 25 | 51,6 |
| | 98 | 13 | 13 | 22,3 | 24 | 35,8 |
| | 97 | 12 | 13 | 19 | 23 | 31 |
| | 96 | 11 | 12 | 17,3 | 22,3 | 29,6 |
| | 95 | 11 | 11 | 16,6 | 20,6 | 27,2 |
| | 94 | 10 | 11 | 15,9 | 19 | 25 |
| | 93 | 10 | 11 | 14,2 | 19 | 24,2 |
| | 92 | 10 | 11 | 14 | 19 | 23 |
| | 91 | 10 | 10 | 14 | 18,9 | 22 |
| | 90 | 10 | 10 | 13,2 | 18 | 22 |
| | 85 | 8 | 8 | 10 | 15 | 18,6 |
| | 80 | 7 | 7,4 | 7,4 | 14 | 14 |
| | 75 | 6 | 7 | 5 | 13 | 12 |
| | 70 | 6 | 6 | 4 | 11 | 10 |
| | 65 | 5 | 5 | 3,2 | 9 | 8 |
| | 60 | 4 | 4 | 3 | 8 | 7 |
| | 55 | 3,4 | 4 | 2 | 7,4 | 6 |
| | 50 | 3 | 3 | 2 | 7 | 4 |
| | 45 | 2 | 3 | 1 | 6 | 3 |
| | 40 | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 |
| | 35 | 1 | 2 | 1 | 4 | 1 |
| | 30 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 |
| | 25 | 0 | 1 | 0 | 3 | 1 |
| | 20 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 0,2 | 0 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabela 32 Percentis por idade (8 Anos)

| | | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|
| N | | 193 | 193 | 193 | 193 | 193 | 193 |
| M | | 2,87 | 3,34 | 2,87 | 6,21 | 5,74 | 9,08 |
| Md | | 2 | 3 | 1 | 5 | 3 | 6 |
| DP | | 3,37 | 3,16 | 4,94 | 5,63 | 7,99 | 10,04 |
| Percentis | 100 | 15 | 14 | 26 | 28 | 40 | 53 |
| | 99 | 14,1 | 14 | 25,1 | 26,1 | 39,1 | 51,1 |
| | 98 | 12,1 | 13 | 23,2 | 22,1 | 35,5 | 45,5 |
| | 97 | 12 | 11,2 | 17,5 | 20,2 | 28,7 | 36,4 |
| | 96 | 11 | 10 | 14,5 | 19 | 26 | 29,4 |
| | 95 | 10 | 10 | 13,3 | 17,3 | 23 | 26,6 |
| | 94 | 10 | 9,4 | 12,4 | 17 | 19 | 26 |
| | 93 | 9,4 | 8 | 10,4 | 15,4 | 18 | 24 |
| | 92 | 9 | 8 | 9,5 | 15 | 17 | 23,5 |
| | 91 | 8 | 7,5 | 9 | 14,5 | 16 | 23 |
| | 90 | 8 | 7 | 9 | 14 | 16 | 23 |
| | 85 | 6 | 7 | 7 | 12 | 14 | 20 |
| | 80 | 5,2 | 6 | 5,2 | 10 | 10 | 15,4 |
| | 75 | 5 | 5 | 3 | 9 | 8 | 12 |
| | 70 | 4 | 5 | 2 | 8 | 6 | 10 |
| | 65 | 3 | 4 | 2 | 8 | 5 | 9 |
| | 60 | 3 | 4 | 1 | 7 | 4 | 8 |
| | 55 | 2 | 3 | 1 | 6 | 3 | 8 |
| | 50 | 2 | 3 | 1 | 5 | 3 | 6 |
| | 45 | 1 | 2 | 0 | 4 | 2 | 5 |
| | 40 | 1 | 2 | 0 | 4 | 1 | 4 |
| | 35 | 0,9 | 1 | 0 | 3 | 1 | 4 |
| | 30 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| | 25 | 0 | 0,5 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | 20 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,1 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabela 33 Percentis por idade (9 Anos)

| | | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|
| N | | 193 | 193 | 193 | 193 | 193 | 193 |
| M | | 2,81 | 4,37 | 3,37 | 7,18 | 6,19 | 10,55 |
| Md | | 2 | 4 | 1 | 6 | 2 | 7 |
| DP | | 3,31 | 3,26 | 5,00 | 5,61 | 8,03 | 10,03 |
| Percentis | 100 | 14 | 13 | 25 | 25 | 36 | 44 |
| | 99 | 12,1 | 12,1 | 20,3 | 24,1 | 32,2 | 42,1 |
| | 98 | 12 | 12 | 20 | 21,1 | 30,2 | 39,1 |
| | 97 | 12 | 11 | 18,2 | 20,2 | 29,2 | 37,2 |
| | 96 | 11 | 11 | 17 | 19 | 27,5 | 37 |
| | 95 | 11 | 10 | 16,3 | 18,3 | 25,3 | 34,3 |
| | 94 | 10 | 10 | 13,7 | 18 | 24 | 33,4 |
| | 93 | 9,4 | 10 | 12,4 | 17,4 | 21,8 | 31,3 |
| | 92 | 9 | 9 | 12 | 16 | 21 | 26,5 |
| | 91 | 8 | 9 | 11 | 15,5 | 20 | 25 |
| | 90 | 8 | 9 | 11 | 15 | 18 | 24 |
| | 85 | 7 | 8 | 8 | 13 | 14 | 20,9 |
| | 80 | 5 | 8 | 6 | 12 | 11,2 | 17,2 |
| | 75 | 4 | 7 | 5 | 11 | 10 | 15 |
| | 70 | 4 | 6 | 4 | 9 | 7 | 14 |
| | 65 | 3 | 5 | 3 | 8 | 6 | 11 |
| | 60 | 2 | 5 | 2 | 7,4 | 5 | 10 |
| | 55 | 2 | 4 | 1,7 | 7 | 3 | 9 |
| | 50 | 2 | 4 | 1 | 6 | 2 | 7 |
| | 45 | 1 | 4 | 0,3 | 6 | 2 | 7 |
| | 40 | 1 | 3 | 0 | 5 | 1 | 6 |
| | 35 | 1 | 3 | 0 | 4 | 1 | 5 |
| | 30 | 0 | 2 | 0 | 4 | 1 | 4 |
| | 25 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| | 20 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabela 34 Percentis por idade (10 Anos)

| | | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|
| N | | 177 | 177 | 177 | 177 | 177 | 177 |
| M | | 2,77 | 3,57 | 3,19 | 6,33 | 5,96 | 9,53 |
| Md | | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 6 |
| DP | | 3,51 | 3,52 | 4,60 | 6,17 | 7,71 | 10,15 |
| Percentis | 100 | 14 | 15 | 26 | 26 | 38 | 49 |
| | 99 | 13,2 | 15 | 22,1 | 23,7 | 34,9 | 42,8 |
| | 98 | 13 | 12,3 | 15,4 | 22,4 | 26,9 | 37,2 |
| | 97 | 12 | 11 | 15 | 20 | 26 | 33,3 |
| | 96 | 11 | 11 | 14 | 20 | 25 | 31,8 |
| | 95 | 11 | 10,1 | 13,1 | 19,1 | 23,2 | 30 |
| | 94 | 11 | 10 | 12,3 | 18,3 | 23 | 29 |
| | 93 | 10,5 | 9 | 11,5 | 17,5 | 21,5 | 28,5 |
| | 92 | 10 | 9 | 11 | 17 | 20,8 | 26,8 |
| | 91 | 9 | 9 | 11 | 17 | 19 | 26 |
| | 90 | 8,2 | 9 | 10 | 16 | 18,2 | 25 |
| | 85 | 7 | 8 | 8 | 13 | 14 | 21,3 |
| | 80 | 5 | 7 | 7 | 11 | 10 | 18 |
| | 75 | 4 | 6 | 5 | 10 | 9 | 15 |
| | 70 | 3 | 5 | 4 | 9 | 7,6 | 13 |
| | 65 | 3 | 4 | 3 | 8 | 6 | 11 |
| | 60 | 2 | 4 | 2 | 7 | 4,8 | 9,8 |
| | 55 | 2 | 3 | 2 | 5 | 4 | 7 |
| | 50 | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 6 |
| | 45 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 5 |
| | 40 | 1 | 2 | 0 | 3 | 1 | 4 |
| | 35 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2,3 |
| | 30 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 |
| | 25 | 0 | 0,5 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabela 35 Percentis por idade (11 Anos)

| | | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|-----|------|------|---------|------|--------------------|-------|
| N | | 175 | 175 | 175 | 175 | 175 | 175 |
| M | | 3,41 | 4,54 | 5,16 | 7,95 | 8,57 | 13,11 |
| Md | | 2 | 4 | 2 | 6 | 4 | 8 |
| DP | | 3,95 | 4,09 | 7,07 | 7,21 | 10,67 | 13,77 |
| Percentis | 100 | 15 | 15 | 30 | 30 | 44 | 56 |
| | 99 | 14,2 | 15 | 29,2 | 28,5 | 41,7 | 53 |
| | 98 | 13,5 | 14,5 | 25,5 | 26,5 | 38 | 49 |
| | 97 | 13 | 14 | 23,7 | 24,7 | 33,7 | 47 |
| | 96 | 13 | 14 | 23 | 23 | 33 | 44,9 |
| | 95 | 12,2 | 13 | 20,4 | 22,2 | 31,4 | 43 |
| | 94 | 11,4 | 13 | 19,4 | 21,4 | 30,4 | 40,9 |
| | 93 | 11 | 12,7 | 18 | 20 | 29,7 | 39,7 |
| | 92 | 10,9 | 12 | 17,8 | 20 | 28,9 | 36,9 |
| | 91 | 10 | 12 | 16 | 19,2 | 27,2 | 36 |
| | 90 | 10 | 11,4 | 16 | 18,4 | 26 | 35,4 |
| | 85 | 8,6 | 9 | 14,6 | 16,6 | 22 | 29,6 |
| | 80 | 6,8 | 8 | 11,8 | 15 | 19 | 25,6 |
| | 75 | 5 | 7 | 8 | 14 | 13 | 21 |
| | 70 | 5 | 6 | 6 | 11 | 10,2 | 16,2 |
| | 65 | 4 | 5 | 5 | 9 | 9 | 13,8 |
| | 60 | 3 | 5 | 4 | 7 | 7 | 12 |
| | 55 | 2 | 4 | 2 | 7 | 5 | 10 |
| | 50 | 2 | 4 | 2 | 6 | 4 | 8 |
| | 45 | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 | 6 |
| | 40 | 1 | 3 | 1 | 4 | 1,4 | 5 |
| | 35 | 1 | 2 | 0 | 3 | 1 | 4 |
| | 30 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 | 3 |
| | 25 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | 20 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabela 36 Percentis por idade (12 Anos)

| | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|
| N | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 |
| M | 3,68 | 6,1064 | 6,01 | 9,79 | 9,74 | 15,85 |
| Md | 2 | 6 | 2,5 | 8 | 5 | 11 |
| DP | 4,17 | 4,36 | 7,48 | 7,92 | 11,39 | 14,99 |
| Percentis | 100 | 14 | 15 | 29 | 28 | 43 |
| | 99 | 14 | 15 | 29 | 28 | 43 |
| | 98 | 14 | 14,1 | 27,2 | 28 | 41,2 |
| | 97 | 14 | 14 | 24,5 | 28 | 37,6 |
| | 96 | 14 | 14 | 23,2 | 27,2 | 36,2 |
| | 95 | 13,3 | 13,3 | 22,3 | 25,5 | 36 |
| | 94 | 13 | 13 | 22 | 23,6 | 35,3 |
| | 93 | 13 | 13 | 21,4 | 23 | 32,4 |
| | 92 | 11,8 | 13 | 19,8 | 23 | 31 |
| | 91 | 11 | 13 | 18,5 | 22,5 | 29,9 |
| | 90 | 10,5 | 13 | 18 | 22 | 29 |
| | 85 | 8,8 | 11,8 | 15,8 | 20 | 23 |
| | 80 | 7 | 11 | 12 | 18 | 19 |
| | 75 | 6 | 10 | 10 | 15,3 | 15 |
| | 70 | 5 | 9 | 8,5 | 13,5 | 13 |
| | 65 | 4 | 8 | 6,8 | 11 | 12 |
| | 60 | 4 | 7 | 5 | 10 | 7 |
| | 55 | 3,3 | 7 | 3,3 | 8,3 | 6,3 |
| | 50 | 2 | 6 | 2,5 | 8 | 5 |
| | 45 | 2 | 5 | 2 | 7 | 4 |
| | 40 | 1 | 4 | 1 | 6 | 3 |
| | 35 | 0 | 4 | 1 | 5,3 | 2 |
| | 30 | 0 | 3 | 0 | 4,5 | 1 |
| | 25 | 0 | 2 | 0 | 3,8 | 0 |
| | 20 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| | 15 | 0 | 1 | 0 | 1,3 | 0 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabela 37 Percentis por género (masculino)

| | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|------------|-----------|-------------|-----------|--------------------|-----------|
| N | 551 | 551 | 551 | 551 | 551 | 551 |
| M | 4,08 | 4,63 | 5,14 | 8,71 | 9,21 | 13,84 |
| Md | 3 | 4 | 2 | 7 | 5 | 10 |
| DP | 3,98 | 3,86 | 6,46 | 6,99 | 10,09 | 12,90 |
| Percentis | 100 | 15 | 15 | 30 | 28 | 53 |
| | 99 | 14 | 14,5 | 26 | 27 | 39 |
| | 98 | 13 | 14 | 23 | 25 | 36 |
| | 97 | 13 | 13 | 22 | 24 | 34 |
| | 96 | 13 | 13 | 20 | 23 | 32 |
| | 95 | 12 | 12 | 19 | 22 | 31 |
| | 94 | 11,9 | 12 | 18 | 21 | 29 |
| | 93 | 11 | 11 | 17 | 21 | 28,4 |
| | 92 | 11 | 11 | 16 | 20 | 26 |
| | 91 | 10,3 | 11 | 16 | 20 | 25,3 |
| | 90 | 10 | 10,8 | 15 | 19 | 24 |
| | 85 | 9 | 9 | 12,2 | 17 | 21 |
| | 80 | 8 | 8 | 10 | 15 | 18,6 |
| | 75 | 7 | 7 | 8 | 13 | 15 |
| | 70 | 6 | 6 | 6,4 | 12 | 13 |
| | 65 | 5 | 6 | 5 | 11 | 10 |
| | 60 | 4 | 5 | 4 | 9 | 8 |
| | 55 | 4 | 4 | 3 | 8 | 7 |
| | 50 | 3 | 4 | 2 | 7 | 5 |
| | 45 | 2 | 3 | 2 | 7 | 4 |
| | 40 | 2 | 3 | 1 | 5 | 3 |
| | 35 | 1 | 2 | 1 | 4,2 | 2 |
| | 30 | 1 | 2 | 0 | 4 | 2 |
| | 25 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 |
| | 20 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabela 38 Percentis por género (feminino)

| | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|
| N | 541 | 541 | 541 | 541 | 541 | 541 |
| M | 2,33 | 3,79 | 2,82 | 6,12 | 5,15 | 8,94 |
| Md | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 | 6 |
| DP | 3,14 | 3,47 | 4,91 | 5,74 | 7,69 | 10,10 |
| Percentis | 100 | 15 | 15 | 30 | 30 | 43 |
| | 99 | 13,6 | 14 | 25,6 | 24,6 | 38,2 |
| | 98 | 12 | 13 | 20 | 23 | 31,2 |
| | 97 | 11 | 11,7 | 16,7 | 20 | 27,7 |
| | 96 | 11 | 11 | 15 | 19 | 25,3 |
| | 95 | 10 | 11 | 13,9 | 18 | 23 |
| | 94 | 9 | 10 | 11 | 17,5 | 20 |
| | 93 | 8 | 10 | 11 | 17 | 18 |
| | 92 | 7 | 9 | 10 | 15 | 16 |
| | 91 | 7 | 9 | 9 | 15 | 15 |
| | 90 | 7 | 9 | 9 | 14 | 14 |
| | 85 | 5 | 8 | 7 | 12 | 11,7 |
| | 80 | 4 | 7 | 5 | 10 | 9 |
| | 75 | 4 | 6 | 3,5 | 9 | 7 |
| | 70 | 3 | 5 | 3 | 8 | 6 |
| | 65 | 2 | 5 | 2 | 7 | 4 |
| | 60 | 2 | 4 | 1 | 6 | 3 |
| | 55 | 1 | 4 | 1 | 6 | 2 |
| | 50 | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 |
| | 45 | 1 | 3 | 0 | 4 | 1 |
| | 40 | 0 | 2 | 0 | 4 | 1 |
| | 35 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 |
| | 30 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| | 25 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| | 20 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabela 39 Percentis na globalidade da amostra

| | HP | DA | HP + DA | PC | HP + PC (extra) | T |
|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|--------------------|-------------|
| N | 1092 | 1092 | 1092 | 1092 | 1092 | 1092 |
| M | 3,21 | 4,22 | 3,99 | 7,43 | 7,20 | 11,42 |
| Md | 2 | 4 | 1 | 6 | 3 | 8 |
| DP | 3,69 | 3,70 | 5,86 | 6,53 | 9,21 | 11,85 |
| Percentis | 100 | 15 | 15 | 30 | 30 | 44 |
| | 99 | 14 | 14 | 26 | 26 | 39 |
| | 98 | 13 | 13 | 23 | 24 | 34,1 |
| | 97 | 13 | 13 | 20 | 23 | 32 |
| | 96 | 12 | 12 | 18 | 22 | 30 |
| | 95 | 11 | 11 | 17 | 20 | 28 |
| | 94 | 11 | 11 | 16 | 20 | 26 |
| | 93 | 10 | 11 | 15 | 19 | 25 |
| | 92 | 10 | 10 | 15 | 18,6 | 23 |
| | 91 | 9 | 10 | 14 | 18 | 23 |
| | 90 | 9 | 10 | 13 | 17 | 21,7 |
| | 85 | 7 | 8 | 9,1 | 15 | 16 |
| | 80 | 6 | 7 | 7 | 13 | 13 |
| | 75 | 5 | 7 | 6 | 11 | 11 |
| | 70 | 4 | 6 | 4 | 10 | 8,1 |
| | 65 | 4 | 5 | 3 | 8 | 7 |
| | 60 | 3 | 4 | 2 | 8 | 6 |
| | 55 | 2 | 4 | 2 | 7 | 4 |
| | 50 | 2 | 4 | 1 | 6 | 3 |
| | 45 | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 |
| | 40 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 |
| | 35 | 1 | 2 | 0 | 4 | 1 |
| | 30 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 |
| | 25 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| | 20 | 0 | 0,6 | 0 | 1 | 0 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Em relação à tabela 39, não nos foi possível comparar os resultados com o estudo espanhol, uma vez que na última revisão da Escala (2003), Farré e Narbona optaram por apresentar normas separadas por ano de escolaridade, sem incluir informação sobre os postos percentílicos para a globalidade da amostra.

Decidimos incluir, em anexo (cf. Anexo 8), normas percentílicas por idade e por ano, separadamente para rapazes e raparigas, uma vez que verificamos que houve diferenças de género acentuadas. Trata-se de análises suplementares que não aparecem no manual espanhol.

DISCUSSÃO

Primeiramente indicamos os resultados descritivos para as subescalas e resultado total. Privilegiamos a mediana como medida de tendência central, pelo facto de não verificarmos uma distribuição normal em todas as subescalas (algumas revelaram valores de assimetria superiores a 1). Optámos igualmente pelo recurso a testes não paramétricos, a referir, o Teste Mann-Whitney (para comparação entre sexos) e o Teste Kruskal-Wallis (para comparação entre as diversas variáveis em estudo).

Foram conduzidos estudos psicométricos para avaliarmos a fidelidade da escala, utilizando para o efeito o alfa de Cronbach. Os valores obtidos foram considerados bastante satisfatórios, tanto para a escala total ($\alpha = 0,955$), como para as subescalas (HP $\alpha = 0,903$; DA $\alpha = 0,878$; PC $\alpha = 0,945$; HP+DA $\alpha = 0,906$; HP+PC $\alpha = 0,959$). “Os métodos assentes na consistência interna dos itens tendem a suplantam os coeficientes assentes na estabilidade, exigindo-se portanto índices mais elevados (iguais ou superiores a 0.70)” (Almeida & Freire, 2007: 186). Relativamente aos estudos das correlações item total corrigido para a globalidade da escala foi obtido um valor mínimo de 0,405 (item 2). Os restantes itens apresentaram correlações consideravelmente elevadas. Em suma, as correlações são sempre superiores a 0,30, um valor mínimo defendido por diversos autores (Gomes, 1998; Lopes, 1996; Moreira, 2004). Tendo como linha de orientação estes valores, consideramos que os itens são homogéneos e todos contribuem para a consistência do instrumento EDAH.

É importante aqui fazer uma especial referência à subescala *Hiperactividade+Problemas de comportamento*. Consideramos pertinente acrescentar esta subescala, pois os vários estudos realizados apontam para fortes correlações entre estes dois sintomas (Fonseca, Rebelo, Simões & Ferreira, 1995; Rohde & Halpern, 2004). Artigas-Pallarés (2003) refere que os *Problemas de Comportamento* constituem umas das repercussões mais negativas da PHDA, sendo difícil de determinar se representam, por si só, um distúrbio comórbido ou se são uma das manifestações principais da PHDA.

No presente estudo, na análise das inter-correlações entre as várias subescalas da EDAH, verificou-se que as subescalas *Hiperactividade* (HP) e *Problemas de*

Comportamento (PC) foram as que apresentaram o maior coeficiente de correlação (0,852).

Além disso, se olharmos para os valores obtidos ao nível da consistência interna, podemos observar que esta subescala, apelidada de *Hiperactividade+Problemas de Comportamento* (extra), foi a que obteve um valor alfa mais elevado. Todos os itens apresentaram correlações elevadas com o total corrigido da subescala, no mínimo 0,683. Por conseguinte, esta subescala parece ser bastante consistente e homogénea.

Para a obtenção das correlações da escala total e das subescalas recorremos ao coeficiente de correlação de Spearman. Todas as correlações foram estatisticamente significativas e os valores que daí resultaram mostraram-se elevados, no mínimo 0,553 (Cohen, 1992). Tais elevadas inter-correlações entre as subescalas, bem como de cada subescala com a pontuação total, indicam que todas elas estão relacionadas com um conceito comum.

Os estudos de validade foram realizados através da análise factorial dos componentes principais, através da rotação pelo método varimax. A melhor solução factorial encontrada evidenciou três factores (com um total de variância explicada de 72,631%), sendo, Factor 1 *Problemas de Comportamento* (33,072%); Factor 2 *Hiperactividade* (20,594%); Factor 3 *Défice de Atenção* (18,965%). Pode dizer-se que a solução encontrada é multifactorial, mas a escala mostra-se tão homogénea que permite obter uma pontuação total. Por sua vez, apresentámos também os resultados encontrados por Farré e Narbona (2003), na análise factorial efectuada, composta por quatro factores: Factor 1 *Problemas de Comportamento*; Factor 2 *Défice de Atenção*; Factor 3 *Habilidades Sociais* (abrangido pelos autores na subescala *Problemas de Comportamento*); Factor 4 *Hiperactividade*.

Relativamente aos resultados globais, os valores médios são muito aproximados, apenas ligeiramente inferiores no nosso estudo, comparativamente com as médias espanholas, para a pontuação total e para todas as subescalas, excepto no sintoma *Problemas de Comportamento* que apresenta valores mais elevados. Na subescala *Hiperactividade* os valores médios são muito semelhantes, sendo no nosso estudo de 3,21 e no estudo espanhol 3,53. Relativamente à subescala *Défice de Atenção*, uma vez mais, verificamos valores muito aproximados (estudo português M=4,22 e estudo espanhol

M=4,52). Na subescala *Hiperactividade + Défice de atenção* denota-se já valores superiores no estudo espanhol comparativamente ao nosso estudo, sendo a média portuguesa de 3,99 e a espanhola de 8,05. Tal como já referido, é efectivamente na subescala *Problemas de Comportamento* que os resultados do nosso estudo apresentam valores mais elevados, sendo a média espanhola de 4,89 e a portuguesa de 7,43. Por último, as pontuações globais de ambos os estudos apresentam-se muito semelhantes, sendo a portuguesa de 11,42 e a do estudo espanhol de 12,9 (ligeiramente superior).

Relativamente às comparações por género, não nos foi possível estabelecer comparações, devido à inexistência de tais valores no estudo de Farré e Narbona.

Quanto aos resultados por sexo, recorrendo ao Teste Mann-Whitney, registaram-se diferenças consideráveis entre os rapazes e as raparigas (os valores medianos nos rapazes são incontestavelmente mais elevados: $p < 0,000$). Também Farré e Narbona (2003), nos estudos conduzidos para comparação entre sexos, os rapazes obtiveram pontuações mais elevadas do que as raparigas, tanto nas quatro subescalas como na escala total ($p < 0,01$). Tais diferenças de género foram ainda evidentes na generalidade das idades e anos de escolaridade, excepto no que respeita à subescala *Défice de Atenção*, em que as diferenças foram significativas somente numa minoria de idades (11 e 12 anos) e anos escolares (1º e 6º anos). O facto de os rapazes apresentarem mais sintomas de *Hiperactividade* e de *Problemas de Comportamento* do que as raparigas, está de acordo com os dados da literatura (DSM-IV-TR, 2002; Farré & Narbona, 2003; Fernandes, 2001; Fonseca, 1998; Jaén, 2008; Lopes, 1996). Poeta e Neto (2004), que utilizaram no seu estudo a Escala EDAH, encontraram a PHDA claramente associada a problemas de comportamento, sendo a frequência maior em rapazes do que em raparigas, na proporção 3:1.

No que respeita aos sintomas de défice de atenção, Boavida, Porfírio, Nogueira e Borges (1998); Narbona (2001); Parker (2006); Rohde e Benczik (1999) e Sánchez-Carpintero, defendem que a PHDA tipo predominantemente desatento passa de forma mais despercebida, sendo deste modo mais difícil de identificar (sobretudo nas raparigas). O DSM-IV-TR (2002) refere que, o défice da atenção, é que mais interfere com as aprendizagens, podendo produzir graves sequelas em contexto escolar e/ou social.

No que concerne aos resultados por idade, utilizamos o Teste Kruskal-Wallis, tendo verificado diferenças estatisticamente significativas por idade para cada subescala e escala

total, no caso dos rapazes, mas não das raparigas. Nas crianças do sexo masculino, as diferenças com a idade são no sentido dos sintomas serem mais reduzidos pelos 8 anos e se agravarem pelos 12 anos.

Apesar de não encontrarmos na literatura referências específicas acerca do aumento ou diminuição dos sintomas com a idade (no género masculino), consideramos que o facto de no nosso estudo os sintomas se intensificarem aos 12 anos de idade, pode estar relacionado com as mudanças que ocorrem na entrada da adolescência. Vários autores fazem referência a essas alterações, como é o caso de Barkley (2002), Polaino-Lorente e Ávila (2004), que salientam que a adolescência, por si só, é considerada uma etapa difícil na vida de qualquer criança. No entanto, os problemas característicos dessa fase (como é a rebeldia, a necessidade de afirmação, a instabilidade emocional, entre outros), são mais acentuados no adolescente hiperactivo. Ressaltamos que é sempre difícil procedermos a comparações com outros estudos realizados, pelo facto dos instrumentos, metodologias e amostras utilizadas, serem distintas e conduzirem, por isso, a resultados muito diversificados.

No que diz respeito aos resultados por ano escolar e sexo, as subescalas *Défice de Atenção* e *Problemas de Comportamento* não revelam valores medianos significativos, seja para os rapazes ou raparigas.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas por ano de escolaridade nas subescalas *Hiperactividade+Défice de Atenção* e *Hiperactividade+Problemas de Comportamento* em ambos os sexos e ainda, no caso dos rapazes, na subescala *Hiperactividade*. Nas raparigas, é no 5º ano que as pontuações atingem os valores medianos mais elevados. Nos meninos as pontuações naquelas subescalas mostram-se mais elevados no 1º ano de escolaridade, decrescendo em seguida, observando-se novo aumento no 5º ano. Os resultados sugerem, portanto, um aumento dos sintomas de hiperactividade combinados com défice de atenção e de hiperactividade em combinação com problemas de comportamento, com a mudança do 1º para o 2º ciclo de ensino básico.

Para a comparação entre as quatro áreas geográficas contempladas no estudo (Norte Litoral; Centro Litoral; Norte Interior; Centro Interior), utilizamos o Teste Kruskal-Wallis, tendo os resultados revelado valores muito significativos, tanto nos rapazes como nas raparigas, havendo a registar diferenças ao nível dos sexos nas quatro regiões geográficas.

Contudo, estes resultados devem ser interpretados com bastante precaução e deverão ser esclarecidos em futuros estudos. Efectivamente, no presente estudo houve a preocupação de diversificar a amostra, incluindo crianças de diversas zonas do país, mas deve-se reconhecer que o processo de amostragem não garantiu necessariamente a representatividade de cada área geográfica.

Considerando os vários estudos conduzidos, chegou a altura de nos debruçarmos sobre as hipóteses de investigação colocadas e verificar se existe evidência suficiente, a um nível significativo para confirmarmos ou não as hipóteses colocadas.

H1: Os dados encontrados no estudo das qualidades psicométricas corroboram os da literatura. Os dados encontrados aquando da análise das qualidades psicométricas vão de encontro a outros estudos realizados (observar, nomeadamente, os estudos conduzidos por Farré & Narbona, 2001, 2003).

Deste modo, relativamente a esta primeira hipótese considerámos que foi confirmada de modo global.

H2: Os sintomas de perturbação de hiperactividade e défice da atenção serão superiores em sujeitos do sexo masculino do que do sexo feminino. No que concerne à segunda hipótese por nós colocada, podemos dizer que se confirmou de modo global. Tal como os autores da versão original, também nas análises que efectuámos, os rapazes apresentam valores mais elevados, comparativamente com as raparigas, relativamente a toda a sintomatologia.

H3: Os sintomas de hiperactividade e défice da atenção estão associados a problemas de comportamento. Face a esta terceira hipótese parece-nos existir evidência estatística suficiente para confirmar a hipótese, de modo global.

Em relação à associação entre a PHDA e os problemas de comportamento, pensámos que este trabalho proporcionou um importante contributo. Sobressaiu nos resultados por nós apresentados que há efectivamente uma forte correlação entre a perturbação de hiperactividade e os problemas de comportamento, o que gera frequentes

confusões ou sobreposições entre ambos. Várias fontes literárias aludem também a esta evidência (consideremos, mais especificamente, estudos realizados por Farré & Narbona).

H4: Os sintomas da perturbação de hiperactividade e défice da atenção variam com a idade. Parece-nos que a quarta hipótese confirma-se de modo parcial. Efectivamente, encontrámos diferenças estatisticamente significativas no caso dos rapazes, mas não nas raparigas.

H5: Os sintomas da perturbação de hiperactividade e défice da atenção variam por ano de escolaridade. Esta hipótese confirmou-se de modo parcial. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas por ano de escolaridade nas subescalas *Hiperactividade+Défice de Atenção* e *Hiperactividade+Problemas de Comportamento* em ambos os sexos e ainda, no caso dos rapazes, na subescala *Hiperactividade*.

CONCLUSÕES FINAIS E SUGESTÕES PARA INTERVENÇÕES FUTURAS

Finda pois a explanação do estudo empírico, cabe-nos fazer algumas reflexões e tirar ilações da investigação efectuada.

Em primeiro lugar, este trabalho pretendia abarcar de uma forma, o mais sucinta possível, questões relevantes e de interesse actual no campo da PHDA, tais como, a sintomatologia, etiologia, estudos ao nível da prevalência e também em relação às diferenças entre sexos. Consideramos também que faria todo o sentido a alusão aos problemas/comorbilidades que normalmente aparecem relacionados com a PHDA, bem como, uma breve caracterização e descrição de instrumentos que têm sido alvo de estudo para a avaliação desta perturbação.

Reflectindo um pouco sobre o trabalho desenvolvido, pensámos que conseguimos atingir os objectivos a que nos propusemos, pelo que fará todo o sentido voltarmos a referir-nos nesta parte do trabalho. O nosso objectivo primordial foi proporcionar um contributo na adaptação e aferição de uma escala para avaliação da PHDA e problemas de comportamento. Como sabemos, em Portugal, são escassos os trabalhos de tradução/validação de instrumentos (mais concretamente na área da hiperactividade), pelo que, muitas vezes torna-se difícil proceder-se a um diagnóstico correcto da perturbação.

Pretendemos, assim, que a EDAH seja um complemento importante a considerar no contexto da avaliação. O instrumento foi sujeito a inúmeras revisões (mais concretamente 10) até conseguirmos chegar à versão final. Apesar de se tratar de uma escala com itens de fácil compreensão, sempre que se procede a traduções de instrumentos, temos que ser extremamente rigorosos e garantir uma tradução fidedigna, o mais aproximada possível da versão original, do ponto de vista semântico. Esta fase do trabalho foi muito morosa, mas o resultado final, gratificante. Deve referir-se que o número de questionário com respostas incompletas foi extremamente reduzido (não chegando a uma dezena). Todos os questionários incluídos no presente estudo, mais de 1000, foram preenchidos de modo completo. Parece-nos que tal é um indicador do excelente grau de clareza e compreensibilidade dos itens.

Considerando os objectivos específicos que delineamos, podemos afirmar que, garantimos uma boa compreensão dos itens da versão portuguesa. Os procedimentos por nós conduzidos, respeitaram todas as normas exigidas para a adaptação de provas, neste caso, para o seu uso em contextos portugueses.

O período de recolha de dados foi, talvez, o mais difícil de conciliar. Tal como já referido, deslocamo-nos às escolas (algumas mais centrais, outras mais isoladas geograficamente) e todo esse processo foi desgastante, pois, sempre foi uma preocupação constante apresentar uma amostra o mais diversificada possível em termos geográficos.

Foram conduzidos estudos sobre as suas qualidades psicométricas, sobre os sintomas por sexo, por ano escolar, idade e áreas geográficas. Também incluímos os resultados da amostra espanhola, como forma de comparação com os resultados obtidos na nossa versão.

Apesar do protocolo EDAH incluir dados sobre a escolaridade e profissão dos pais, não foram realizados estudos a esse nível, por limitação de tempo.

Considerámos que as crianças e jovens com PHDA sofrem porque são incompreendidas e apesar de, na actualidade, falarmos do termo “escolas inclusivas”, estamos ainda muito longe dessa realidade. Ainda existem muitos preconceitos, muitas barreiras a transpor e efectivamente, as escolas ainda não estão preparadas para acolher no seu seio crianças com a designação de “necessidades especiais de educação” (na qual podemos incluir esta perturbação).

O objectivo deste trabalho não foi uma abordagem da temática atrás referida, pois muito haveria a dizer sobre a “integração”, sobre estratégias para os pais e professores lidarem melhor com esta perturbação. No entanto, pensámos que é importante referirmos uma citação que os autores Mesquita, Almeida e Oliveira (2005), apresentam no seu trabalho e que é um testemunho de uma mãe:

“(…) Emocionalmente, frequentemente estão dois ou três anos atrás dos colegas. Infelizmente, crianças com TDAH são pouco compreendidas e muitas vezes classificadas como preguiçosas, não inteligentes ou problemáticas, mas essas crianças esforçam-se muito para modificar a impressão que têm delas. Para as crianças com TDAH a vida é uma

experiência frustrante. Para falar a verdade, elas se sentem tão frustradas quanto os seus professores”

O’Brien, L. (2000).

Limitações do Estudo

Considerámos que, apesar de termos uma amostra de 1092 sujeitos, representando seis Distritos de Portugal Continental, algumas limitações estão subjacentes a este estudo e convém serem aqui referenciadas. O ideal seria que a amostra reflectisse todos os Distritos, para garantir uma representatividade mais alargada, mas tal não foi possível por limitação de tempo.

O instrumento em si, provou ter boas características psicométricas e ser uma ferramenta válida a utilizar em contextos escolares e/ou clínicos. No entanto, pensámos que o preenchimento do questionário EDAH deveria ser também alargado à família. Tal como é referido no DSM-IV-TR (2002), devem existir dois contextos (por exemplo casa e escola) para que possamos considerar a hipótese de PHDA. Farré e Narbona (2003) justificam que os professores têm uma visão mais precisa da realidade e dos comportamentos do aluno, o que leva à realização de um diagnóstico mais fidedigno. Apesar da justificação válida dos autores, considerámos que, se este estudo tivesse sido alargado às famílias, teríamos certamente uma amostra mais reduzida mas, em contrapartida, poderíamos ter obtido dados comparativos, conducentes a uma análise mais aprofundada da perturbação no seu todo.

Sugestões para Futuras Intervenções

Pensámos que num futuro próximo, seria interessante o alargamento da amostra aos Distritos não contemplados no presente trabalho de dissertação.

Pelo facto da zona Centro Interior ter revelado valores elevados relativamente a toda a sintomatologia, fica aqui o desafio para a realização de estudos relativamente à PHDA que possam esclarecer melhor as variações geográficas de sintomatologia, com o recurso ao instrumento EDAH e utilizando também outros instrumentos para a avaliação da perturbação de hiperactividade.

Outra sugestão que fica em aberto será a condução de estudos sobre este tema e com o uso da EDAH em amostras específicas (deficiência mental, dificuldades de aprendizagem, dislexia...). “Os estudos com grupos específicos de sujeitos servem quer a avaliação psicológica quer o desenvolvimento mais lato da Psicologia, justificando o esforço permanente da sua actualização face aos novos contextos e momentos que descrevem e explicam o comportamento dos indivíduos e grupos” (Almeida, Simões, Machado & Gonçalves, 2004: 11).

Apesar de já termos referido anteriormente a importância da família em todo o processo de avaliação, reiteramos a necessidade de diversificação da utilização da Escala a outros contextos (realização de estudos alargando a aplicação do questionário às famílias).

Por último, mas não menos importante, gostaríamos de salientar a importância de um trabalho de articulação entre pais e professores, para troca de saberes, partilha de angústias, entre outros aspectos, tão importantes para o grande propósito que move ambas as partes, que é o desenvolvimento pleno e harmonioso da criança ou jovem com PHDA. Acções de sensibilização para os docentes a famílias, parece-nos de todo necessário para uma melhor compreensão de como lidar com a perturbação.

“Para el profesor, un niño com TDAH supone un gran gasto psicológico”

(López, 2008:11)

Em jeito de conclusão ...

“A PHDA é um problema social? Sem dúvida que sim. Mas também é claramente um problema de saúde. Os condicionalismos sociais e ambientais existentes actualmente não são os mesmos de há 30 ou 40 anos. A competitividade é incomparavelmente maior e as crianças, independentemente das suas aptidões, não podem, como acontecia antes, deixar o estudo e ir trabalhar para as obras ou para a agricultura. Se o pudessem fazer muitas delas não precisariam de qualquer consulta ou medicação. Mas simplesmente não podem! A adversidade ambiental criada por uma maior pressão sobre as crianças é seguramente uma das responsáveis pelo aparecimento e maior visibilidade desta perturbação, em crianças genética e biologicamente predispostas.” (Boavida, 2006: 5).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Almeida, L. Simões, M. Machado, C. & Gonçalves, M. (2004). Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (vol. II). *Colecção Avaliação Psicológica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.), Edição revista. Lisboa: Climepsi Editores [trad. port.].
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic statistical manual of mental disorders*. (3ª ed.), Edição revista. Washington: D.C.: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic statistical manual of mental disorders*. (3ª ed.). Washington: D.C.: Author.
- Antony, S. & Ribeiro, J. (2004). A criança hiperactiva: Uma visão da abordagem gestáltica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 127-34.
- Araújo, M. & Silva, S. (2003). Comportamentos indicativos do transtorno de déficit de atenção e hiperactividade em crianças: Alerta para pais e professores. *Revista Digital*. URL: <http://www.efdeportes.com/efd62/atencao.htm>. Consulta efectuada em 29 de Setembro de 2008.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el transtorno por deficit de atención/hiperactividade. *Revista de Neurología*, 36(1), 68-78.
- Associação dos Psicólogos Portugueses (1995). Código de ética para psicólogos de acordo com a FEAP – Federação Europeia de Associações de Psicólogos. *Código Geral de Ética*. 7 pp.
- Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva (2008). [página oficial da APCH na Internet] URL: <http://www.apdch.net>. Consulta efectuada em 24 de Março de 2008.

- Associação Portuguesa de Investigação Educacional (2007). Hiperactividade. *Educação Diferente*. URL: <http://edif.blogs.sapo.pt/27752.html>. Consulta efectuada em 14 de Maio de 2008.
- Azevedo MHP, Barreto M, Faria M, Robalo M (1986). “Questionário Comportamental” para ser completado por professores: Estudo de fidedignidade. *Psiquiatria Clínica* 7 (3): 203-207.
- Bará-Jiménez, S., Vicuña, P., & Pineda D.A. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños com transtorno por deficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurologia*, 37(7), 608-15.
- Barkley, R. (1995). Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents. New York: *The Guilford Press*.
- Barkley, R. (1998a). Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: *The Guilford Press*.
- Barkley, R. (1998b). The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychology Review*, 11 (1).
- Barkley, R. (2002). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade [reimpressão em 2007]. São Paulo: *Artmed Editora*.
- Barkley, R. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity disorder: Nature, course, outcomes and comorbidity. *Courses for Mental Health Professionals*. URL: <http://www.russellbarkley.org/publications.htm#Scientific>. Consulta efectuada em 14 de Abril de 2008.
- Blázquez-Almería, G., Joseph-Munné, D., & Burón-Masó, E. (2005). Resultados del cribado de la sintomatología del transtorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en el ámbito escolar mediante la escala EDAH. *Revista de Neurologia*, 4(10), 586-590.
- Benczik, E. (2000). *THDA: Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade: versão para professores*. São Paulo: *Casa do Psicólogo*.
- Boavida, J., Porfírio, H., Nogueira, S., & Borges, L. (1998). A criança hiperactiva. *Revista Saúde Infantil*, 20 (3), 21-32.

- Boavida, J. (2006). Hiperactividade ou “má educação”. *Revista Saúde Infantil*, 28 (2), 3-5.
- Branco, A., & Fernandes, A. (2004). Terapêutica farmacológica na perturbação de hiperactividade e défice de atenção. *Acta de Pediatria Portuguesa*, 35, 249-54.
- Bromberg, M. (2006). Comorbilidades. URL: <http://www.hiperatividade.com.br/article.php?sid=49>. Consulta efectuada em 15 de Abril de 2008.
- Bugalho, P., Correa, B., & Viana-Baptista, M. (2006). Papel do cerebelo nas funções cognitivas e comportamentais: Bases científicas e modelos de estudo. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 257-68.
- Cabral, P. (2005). Hiperactividade ou desatenção? *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 20, 61-72.
- Candeias, A., Freire, F., Ferreira, A., Cabrita, C. & Prata, T. (2005). Hiperactividade e rendimento escolar: Estudo de caracterização em alunos do 1º e 2º do ensino básico. *Resumo de conferência*. Inteligência Humana. URL: <http://www.eventos.uevora.pt>. Consulta efectuada em 12 de Abril de 2008.
- Cardo, E. & Servera, M. (2005). Prevalencia del transtorno de deficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 40(1), 11-15.
- Cardoso, F., Sabbag, S., & Beltrame, T. (2007). Prevalência de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em relação ao género de escolares. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 9(1), 50-54.
- Carvalho Bos, S., Gomes, A., Clemente, V., Marques, M., Pereira, A. T., Maia, B., Soares, M. J., Cabral, A. S., Macedo, A., Gozal, D., & Azevedo, M. H. (in press, corrected proof). Sleep and behavioural / emotional problems in children: A population-based study. *Sleep Medicine*. [Disponível online desde 13 de Fevereiro de 2008. Identificação digital do artigo: doi:av:10.1016/j.sleep.2007.10.020.] [ISSN: 13899457].
- Casado, S. (2002). ADH: Déficit de atención com hiperactividad: Aspectos generales. *Revista Psicologia.com*, 6(1). URL: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/67/7350/>. Consulta efectuada em 23 de Abril de 2008.

- Castañeda-Cabrero, G., Lorenzo-Sanz, E., Caro-Martínez, JM., Galán-Sánchez, J., Sáez-Álvarez, P., Quintana-Aparicio, F., Paradinas-Jiménez, F. (2003). Alteraciones electroencefalográficas en niños con transtorno por deficit de atención com hiperactividad. *Revista de Neurologia*, 37(10), 904-08.
- Castellanos F., & Acosta, M. (2004). Neuroanatomía del transtorno por deficit de atención com hiperactividad. *Revista de Neurologia*, 38(1), 131-6.
- Castellanos, FX., Brooke, MD., & Neidich, D. (2008). La edad puede cambiar algunas expresiones del transtorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), especialmente en cuanto a la impulsividad y la hiperactividad. *Biological Psychiatry*, 63(3), 332-37.
- CEGOC (2003). Directrizes internacionais para a utilização de testes. Lisboa: *CEGOC*.
- Cela, J. (2007). Proposta de intervenciónpsicoeducativas en nenos/as con TDAH. *Quinesia. Revista de Educación Especial*, 38(39), 57-67.
- Centro de Desenvolvimento da Criança (2008). Investigação da hiperactividade envolve diferentes avaliações. *Hospital Pediátrico de Coimbra*. URL: <http://www.educare.pt>. Consulta efectuada em 22 de Outubro de 2008.
- Chervin, R., Archbold, KH., Dillon, J., Panahi, P., Pituch, K., Dahl, R. & Guilleminault, C. (2002). Inattention, hyperactivity, and symptoms of sleep-disordered breathing. *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 109 (3).
- Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2008). [página oficial da CHADD na Internet]. URL: <http://www.chadd.org/>. Consulta efectuada em 10 de Abril de 2008.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-59.
- Cornejo, JW., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, G., Sánchez, G., Grisales, H., Castillo-Parra, H. & Holguín, J. (2005). Prevalencia del transtorno por deficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurologia*, 40 (12), 716-22.

- Dugas, M. (1987). *L'hyperactivité chez l'enfant*. Presses Universitaires de France. Paris: Série Nodules.
- DuPaul, J. & Stoner, G. (1994). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. The Guilford Press: Nova Iorque.
- Farré, A., & Narbona, J. (1989). Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. *Acta Pediatría Española*, 47, 103-9.
- Farré, A., & Narbona, J. (1997). Escalas de Conners en la evaluación del transtorno por déficit de atención co hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. *Revista de Neurología*, 25, 200-4.
- Farré, A., & Narbona, J. (2001). *EDAH: Escala para la evaluación del transtorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: TEA Ediciones [Comercializado em Portugal pela CEGOC-TEA].
- Farré, A., & Narbona, J. (2003). *Escala para la evaluación del transtorno por déficit de atención con hiperactividad* (5ª ed.). Madrid: TEA Ediciones [Comercializado em Portugal pela CEGOC-TEA].
- Faria, T. (2007). *Avaliação na PHDA*. Formação pós-graduada em psicoterapia com crianças, adolescentes e famílias (APTCC). Funchal, 12 de Setembro de 2007.
- Fernandes, A. (2001). Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. *Acta de Pediatría Portuguesa*, 32, 91-8.
- Fowler, M. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder. Washington: D.C.: Author. URL: <http://www.kidsource.com/NICHCY/ADD1.html>. Consulta efectuada em 15 de Abril de 2008.
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J., Ferreira, J., & Yule, W. (1995). Distúrbios do comportamento em crianças e adolescentes: Estado actual da questão. (1995). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 29 (3), 5-29

- Fonseca, A., Rebelo, J., Simões, A., & Ferreira, J. (1995). A relação entre comportamentos anti-sociais e problemas de hiperactividade no ensino básico: Dados dum estudo empírico. (1995). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 29 (3), 107-118.
- Fonseca, A. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica*, 19, 7-41.
- Fonseca, A., Simões, M., Fernandes, B., Rebelo, J., Oliveira, G., Pereira, M., Nogueira, S., Porfírio, H., Borges, L. & Temudo, P. (1998). Défices neuropsicológicos em crianças hiperactivas: Qual a sua especificidade? *Psychologica*, 19, 123-40.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- García I. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners* (2ª ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Gomes, A. (1998). *O questionário da noção do tempo*. Tese de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra.
- Gomes, A., Cabral, A. S., Bos, S. C., Clemente, V., Marques, M., Pereira, A. T., Maia, B., Valente, J., & Azevedo, M. H. P. (2006). *Teacher reports of emotional / disruptive behaviours in Portuguese children*. Comunicação apresentada na Reunião Anual da Associação de Psiquiatria Biológica - Distúrbio de Hiperactividade e Défice de Atenção ao Longo da Vida / Annual Meeting of the Associação de Psiquiatria Biológica – Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Across the Life Span. Covilhã, Portugal, 3 a 5 de Novembro de 2006.
- Gonçalves, M. Simões, M. Almeida, L. & Machado, C. (2003). Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (vol. I). *Colecção Avaliação Psicológica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gozal, D., O'Brien, L., Holbrook, C., Mervis, C., Klaus, C., Bruner, J., Raffield, T., Rutherford, J., Mehl, R., Wang, M., Tuell, A. & Hume, B. (2003). Sleep and neurobehavioral characteristics of 5 to 7 year-old children with parentally reported

symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 111(3), 554-563.

Hebebrand, J. (2007). Três variantes genéticas ligadas à hiperactividade. (Tradução portuguesa). *Molecular Psychiatry*. URL: <http://www.farmacia.com.pt/index.php?name=News&file=article&sid=2588>. Consulta efectuada em 06 de Maio de 2008.

Instituto Nacional de Salud Mental (2008). Estudio sobre TDAH en niñas. URL: http://www.feaadah.org/default.cfm?id_seccion=1470&id_c=6. Consulta efectuada em 30 de Maio de 2008.

Jaén, A. (2008). Preguntamos al neuropediatra. *Kinet News: Publicación médica multidisciplinar del TDAH*, 1, 8-9.

Kennedy., P. Terdal., & L. Fusetti, L. (1994). *The hyperactive child book*. New York: St. Martin's Press.

Lopes, A.L.L. (1996). *Distúrbio hiperactivo de défice de atenção em contexto de sala de aula: A incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.

Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Colecção Nova Era: Educação e Sociedade. Coimbra: Quarteto Editora.

López, M. (2008). Hipermaestro. *Kinet News*. Publicación médica multidisciplinar del TDAH, 1, 11-12.

Málaga, I. (2008). No todos los niños que son inquietos o studian mal tienen hiperactividad. *Diario Independiente de Asturias, Sociedad y cultura*. URL: http://www.lne.es/secciones/noticia.jsp?pRef=2008031300_46_616836_Sociedad-y-Cultura-todos-inquietos-estudian-tienen-hiperactividad. Consulta efectuada em 23 de Abril de 2008.

Marcelino, P., Fonseca, C., Fernandes, B., Simões, M., Oliveira, G., Rebelo, J., Nogueira, S., Porfírio H. & Borges, L. (1998). Dificuldades de aprendizagem (LD) e hiperactividade (ADHD): Estudo comparativo. *Psychologica*, 19, 141-163.

- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do spss* (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martínez-León, N. (2006). Psicopatología del transtorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (002), 379-99.
- Mesquita, K., Almeida, R., Oliveira, S. (2005). Criança hiperativa: Escola hiperligada. *Curso de Pedagogia da Universidade Federal de Goiás*.
- Montiel-Nava, C., Peña, JA., López, M., Salas, M., Zurga, JR., Montiel-Barbero, I., Pirela, D., & Cardozo, JJ (2002). Estimaciones de la prevalência del transtorno por deficit de atención-hiperactividade en niños marabinos. *Revista de Neurologia*, 35 (11), 1019-24.
- Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Mulas, F. (2004). Anatomia cerebral e neuroimagem funcional en el transtorno por déficit de atención com hiperactividad. *Resumen 2ª Reunion Internacional sobre Hiperactividad*. Centro Cadan de Atención al Neurodesarrollo, Badajoz, 19-20 Noviembre 2004. pp. 27-30.
- Narbona, J. (1999). Fisiopatologia del TDA-H. *Revista de Neurologia*, 28(2), 160-4.
- National Institute of Mental Health (2004). A look at attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Department of health and human services*. URL: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/a-look-at-attention-deficit-hyperactivity-disorder/complete.pdf>. Consulta efectuada em 22 de Abril de 2008.
- Neves, S. & Reimão, R. (2007). Distúrbios do sono em 50 crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperactividade. *Arquivo de Neuro-Psiquiatria*, 65 (2a), 228-33. URL: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=19#>. Consulta efectuada em 4 de Abril de 2008.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da ICD-10: Descrições Clínicas e Directrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. [orig. líng. ing: World Health Organization (1992). *The*

ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnosis guidelines. Geneva].

- Osman, B. (1997). *Learning disabilities and ADHD: A family guide to living and learning together*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Parker, H. (1994). *The ADD hyperactivity workbook for parents, teachers, and kids*. Florida: Specialty Press, Inc.
- Parker, H. (2006). *Desordem por défice de atenção e hiperactividade: Um guia para pais, educadores e professores*. Coleção Necessidades Educativas Especiais. Porto Editora.
- Peña, J., & Montiel-Nava, C. (2003). Transtorno por déficit de atención/hiperactividad: Mito o realidad?. *Revista de Neurologia*, 36 (2), 173-79.
- Pereira AT, Maia BR, Marques M, Carvalho Bos S, Soares MJ, Gomes A, Macedo A, Azevedo, MH (2008). Factor structure of the Rutter Teacher Questionnaire in Portuguese children. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (aceite para publicação).
- Pérez, M., & Benito, M. (2004). Transtorno por deficit de atención com hiperactividad: al abordaje. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 6 (23), 421-32.
- Pinho, A., Mendes, L., & Pereira, M. (2007). Perturbação hiperactiva com défice de atenção: Um problema negligenciado. Universidade Lusíada. URL: <http://www.profala.com/arthiper9>. Consulta efectuada em 22 de Outubro de 2008.
- Poeta, S., & Neto, F. (2004). Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do défice de atenção/hiperactividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3), 150-5.
- Polaino-Lorente A., & Ávila C. (2004). *Como viver com uma criança hiperactiva: Comportamento, diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar*. Coleção em foco. Porto: Edições ASA.
- Ponde, M. & Freire, A. (2007). Prevalência do transtorno de atenção e hiperactividade em escolares na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Arquivo de Neuro-Psiquiatria*,

- 65(2), 240-44. URL: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=19#>. Consulta efectuada em 4 de Abril de 2008.
- Rada, F. (2008). Preguntamos al psiquiatra infantil. *Kinet News: Publicación médica multidisciplinar del TDAH*, 1, 6-7.
- Reto, L., & Nunes, F. (1999). Métodos como estratégia de pesquisa: problemas tipo numa investigação. *Revista Portuguesa de Gestão*, 1, 21-32.
- Rohde, L., & Benczik, E. (1999). *Transtorno déficit de atenção: O que é? Como ajudar?* Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rohde, L. & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 561-70.
- Rief, S. (1993). *How to reach and teach ADD/ADHD children: practical techniques, strategies, and interventions for helping children with attention problems and hyperactivity*. New York: The Center for Applied Research in Education.
- Sabbag, S. (2004). Avaliação motora de escolares com indicadores de transtorno de déficit de atenção/hiperactividade. *Monografia de Pós-Graduação em Desenvolvimento Infantil*. Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos. Universidade de Santa Catarina, Florianópolis.
- Sánchez-Carpintero, R., & Narbona, J. (2001). Revisión conceptual del sistema ejecutivo y su estudio en el niño con transtorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 33(1), 47-53.
- Schweizer C., & Prekop J. (2001). *Crianças hiperactivas*. Biblioteca dos pais. Porto: Ambar.
- Servera, M., & Cardo, E. (2006). Children sustained attention task (CSAT): Normative, reliability, and validity data. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 697-707.
- Servera, M.(2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al transtorno por deficit de atención com hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40(6), 358-68.

- Szerman, N. (2008). TDAH en la adolescencia? 50 preguntas orientativas para reconocer y tratar el TDAH. Madrid: *Draft Editores*.
- Silva, C., Nossa, P., Silvério, J., & Ferreira, A. (2008). *Incidentes críticos na sala de aula* (2ª ed. revista). Coleção Educação. Coimbra: Quarteto.
- Simões, M. (1998). Avaliação psicológica e diagnóstico na perturbação da hiperactividade com défice da atenção (I): Entrevistas. *Psychologica*, 19, 43-82.
- Simões, M. (1998). Avaliação psicológica e diagnóstico na perturbação da hiperactividade com défice da atenção (II): Escalas de avaliação. *Psychologica*, 19, 83-109.
- Souza, I., Serra, M., Mattos, P., & Franco, V. (2001). Comorbilidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção: Resultados preliminares. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 59 (2-B), 401-06.
- Vaquerizo, J. (2004a). Habilidades gráficas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurologia*, 38 (supl. I), 91-96.
- Vaquerizo, J. (2004b). La torpeza motora en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: La escala de evaluación neuromotora de Gillberg. *Resumen 2ª Reunion Internacional sobre Hiperactividad*. Centro Cadan de Atención al Neurodesarrollo, Badajoz, 19-20, pp. 18-26.
- Vasconcelos, MM., Malheiros, AFA., Werner, Jr., Lima, D., Santos, I., & Barbosa, JB. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperactividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(1).
- Vicente, F. & Ruiz, M. (2004). Necesidad de un abordaje interdisciplinar de los trastornos por déficit de atención. *Resumen 2ª Reunion Internacional sobre Hiperactividad*. Centro Cadan de Atención al Neurodesarrollo, Badajoz, 19-20 Noviembre 2004. pp. 2-3.
- Villalobos, J., Pintado, I., & Mateos, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidade com transtornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, vol.16 (003), 402-07.
- Villar, I. (1998). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres e educadores*. Madrid: CEPE SL.

ANEXOS

ANEXO 1.
PROTOCOLO DE COLABORAÇÃO ENTRE A UNIVERSIDADE DE
AVEIRO E A CEGOC

PROTOCOLO DE COLABORAÇÃO

Entre:

CEGOC-TEA – Centro de Estudos de Gestão e Organização Científica – Técnicos Especialistas Associados, Lda., pessoa colectiva nº 500059918, com sede na Rua Castilho, 167-1º, 1099-046 LISBOA, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o nº 44542, com o capital social de 250 000 euros, adiante designada por **CEGOC**, neste acto representada pelo Dr. António Menezes Rocha, Director Associado.

E

A aluna de Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, Licenciada Célia Marisa de Almeida Lopes, portadora do Bilhete de Identidade nº 10665746, datado de 26/09/2006, emitido pelo Arquivo de Identificação de Viseu e residente na Rua 7 de Outubro, nº 19 – 2º esquerdo, 3680-116 Oliveira de Frades, e respectivos orientadores, Ana Cardoso Allen Gomes, Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro, portadora do Bilhete de Identidade nº 9808684, datado de 17/07/2004, emitido pelo Arquivo de Identificação de Coimbra e residente na Rua Condessa do Ameal, nº 32 – R/C, 3030-036 Coimbra, e Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático da Universidade de Aveiro, portador do Bilhete de Identidade nº 6684585, datado de 16/05/2006, emitido pelo Arquivo de Identificação de Coimbra e residente na Rua Abílio Oliveira Águas, nº 10, 3080-632 Figueira da Foz, é acordado e, pelo presente documento levado a efeito, o protocolo de colaboração constante das seguintes cláusulas:

Considerando que,

O Departamento de Investigação e Publicações Psicológicas da CEGOC-TEA procede à adaptação da prova psicológica "EDAH – Avaliação da Perturbação por Déficit de Atenção com Hiperactividade" (*EDAH - Evaluación del Trastorno por Deficit de Atención com Hiperactividad*) à população portuguesa, ao abrigo de um contrato com a detentora dos direitos de autor – a editora TEA Ediciones – de aquisição dos direitos de adaptação e de comercialização da *EDAH - Avaliação da Perturbação por Déficit de Atenção com Hiperactividade* para Portugal e que, no âmbito deste projecto, será necessário recolher uma amostra de indivíduos (crianças dos 6 aos 12 anos) de ambos os sexos, de várias regiões geográficas e procedentes dos vários níveis socioeconómicos, sendo estes classificados de acordo com o nível de escolaridade e profissão dos pais.

Considerando que,

Por seu lado, a aluna Célia Marisa de Almeida Lopes está a realizar o trabalho de dissertação de mestrado intitulado “Escala de Avaliação do Distúrbio de Défice de Atenção/Hiperactividade”, sob a orientação dos Profs. Ana Cardoso Allen Gomes e Carlos Fernandes da Silva, professores do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, que corresponderá à adaptação do teste *EDAH - Avaliação da Perturbação por Déficit de Atenção com Hiperactividade* à população portuguesa (crianças dos 6 aos 12 anos).

Considerando que,

No âmbito deste trabalho, a investigadora Célia Marisa de Almeida Lopes, por indicação dos orientadores de mestrado, contactou a CEGOC-TEA com o objectivo de pedir autorização para utilizar o teste *EDAH - Avaliação da Perturbação por Déficit de Atenção com Hiperactividade*;

É estabelecido o seguinte Protocolo,

- 1.1. A aluna, Célia Marisa de Almeida Lopes e respectivos orientadores de mestrado pretendem, e a CEGOC-TEA aceita, a colaboração com o Departamento de Investigação e Publicações Psicológicas da CEGOC-TEA na recolha de protocolos do teste *EDAH - Avaliação da Perturbação por Déficit de Atenção com Hiperactividade*.
- 1.2. O Departamento de Investigação e Publicações Psicológicas da CEGOC-TEA coordenará o processo de recolha de dados, sendo responsável pela disponibilização de todo o material necessário à aplicação do teste.
- 1.3. Todos os dados recolhidos, assim como os estudos estatísticos realizados no âmbito da dissertação de mestrado, serão propriedade do Departamento de Investigação e Publicações Psicológicas da CEGOC-TEA., comprometendo-se a aluna e respectivos orientadores da Universidade de Aveiro a utilizar esses dados única e exclusivamente para fins de investigação, bem como a referir, em todas as comunicações e publicações resultantes, a CEGOC enquanto proprietária da base de dados.
- 1.4. A aluna Célia Marisa de Almeida Lopes e respectivos orientadores de mestrado comprometem-se a utilizar as informações e os materiais do referido teste, única e exclusivamente, no âmbito do trabalho de mestrado e comunicações ou publicações resultantes, comprometendo-se igualmente a não divulgar, nem directamente nem através de outras pessoas ou de qualquer outro meio, qualquer informação relativa a este teste, excepto as informações relevantes para fins de investigação.
2. O não cumprimento da cláusula 1.4 poderá incorrer a aluna e respectivos orientadores na responsabilidade de indemnizar os danos provocados à CEGOC-TEA e à Editora TEA Ediciones.
3. A CEGOC-TEA referirá a colaboração no manual técnico do teste *EDAH - Avaliação da Perturbação por Déficit de Atenção com Hiperactividade*, dos investigadores, Célia Marisa de Almeida Lopes, enquanto aluna do Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, Ana Cardoso Allen Gomes, Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro, e Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático da Universidade de Aveiro, enquanto orientadores de mestrado da primeira investigadora e membros do Centro de Investigação em Educação e Ciências do Comportamento.
4. Os encargos financeiros relativos à execução deste protocolo são da responsabilidade da CEGOC-TEA, não sendo a actividade da aluna ou dos orientadores objecto de qualquer remuneração.

5. O programa de adaptação e a amostra a recolher pela aluna deverá respeitar o cronograma apresentado no Anexo A, que faz parte integrante deste Protocolo.

Lisboa, 15 de Janeiro de 2008

António Menezes Rocha
Director Associado
CEGOC-TEA

Nome dos investigadores

ANEXO 2.
PEDIDO DE FORMALIZAÇÃO COM O DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRIA INFANTIL (VISEU) PARA CONSTITUIÇÃO DA
AMOSTRA CLÍNICA

Ex.mo Senhor Director do
Departamento de Psiquiatria do
Hospital São Teotónio
Abraveses
Dr. Jorge Humberto Silva
3510 Viseu

Célia Marisa de Almeida Lopes, portadora do Bilhete de Identidade nº 10665746, datado de 26/09/2006, emitido pelo Arquivo de Identificação de Viseu e residente na Rua 7 de Outubro, Nº 19, 2º Esquerdo, 3680-116 Oliveira de Frades, licenciada em Psicologia, encontra-se a frequentar o Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico pela Universidade de Aveiro.

No âmbito da tese de mestrado, vem muito respeitosamente solicitar a colaboração do Vosso Departamento de Psiquiatria Infantil no desenvolvimento do trabalho de investigação, sob o tema “Escala de avaliação do Distúrbio de Défice de Atenção/Hiperactividade – Pré-aferição para a população portuguesa”. Os Professores responsáveis pela orientação do trabalho são a Professora Doutora Ana Allen Gomes e o Professor Doutor Carlos Fernandes, Docentes na Universidade de Aveiro.

O trabalho de investigação será desenvolvido em colaboração com a CEGOC, Departamento de Investigação e Publicações Psicológicas e de acordo com as normas de adaptação de provas psicológicas, existem alguns critérios a ter em conta, nomeadamente a constituição de uma amostra – grupo clínico.

Assim, vem muito respeitosamente requerer a V. Ex.^a que lhe seja concedida a possibilidade de obter, para o seu trabalho de investigação, alguns dados relativos a 30/40 crianças que frequentem o Vosso Departamento de Psiquiatria Infantil e que estejam claramente identificadas com Perturbação de Hiperactividade e Défice da Atenção. Neste âmbito, vem solicitar a colaboração da Vossa Equipa de Psiquiatria Infantil, para a triagem das crianças a incluir na amostra clínica.

Agradecendo desde já o interesse que o meu pedido possa merecer, assumimos o compromisso de informar relativamente às diferentes fases de desenvolvimento do estudo, bem como elucidar em relação a todas as questões que queiram colocar.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Aveiro, 23 de Janeiro de 2008

Em anexo: lista com os critérios de selecção necessários para a inclusão das crianças na amostra clínica.

CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA CLÍNICA

30/40 sujeitos claramente identificados com Perturbação de Hiperactividade e Défice da Atenção:

1. Idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos;
2. Utilização da Escala de *Conners* ou outras escalas para despiste de hiperactividade;
3. Sujeitos que tenham sido diagnosticados tendo em conta os critérios de diagnóstico do DSM-III ou, ainda do DSM-IV-TR;
4. Sujeitos com QI médio ou acima da média, obtido com prova estandardizada (ex.: WISC; Matrizes Progressivas de Raven; etc)

Em relação aos dados descritivos da amostra clínica, são necessários os seguintes elementos:

- a. Data de Nascimento;
- b. Idade da Consulta;
- c. Ano de Escolaridade;
- d. Sexo (quantas crianças do sexo masculino e quantas do sexo feminino);
- e. Habilitações Literárias e Profissões do pai e mãe;
- f. Data em que foram a primeira vez à consulta e qual o principal motivo;
- g. Pessoa ou Serviço responsável pela referência;
- h. Existência (ou ausência) de dificuldades de aprendizagem associadas;
- i. Existência de retenções ao longo do seu percurso escolar;
- j. Problemas associados (mais especificamente, se existem problemas de comportamento associados);
- k. Outras informações consideradas relevantes para o processo (alterações neurológicas; informações familiares; etc).

| |
|--|
| <p>NOTA: garantimos a confidencialidade de todos os dados, pelo que não solicitamos os nomes das crianças, nem dos seus professores. No âmbito desta investigação, não será necessário o contacto com qualquer das crianças ou famílias.</p> |
|--|

ANEXO 3.

RETROVERSÃO

Informação não disponível por conter dados confidenciais.

ANEXO 4.
FOLHA DE RESPOSTAS EDAH – ITENS ABREVIADOS
(VERSÃO FINAL)

EDAH



FOLHA DE RESPOSTAS

(versão utilizada para recolha de amostra)

| | | | | | | | | |
|------------------------------|---|-----------|--------------|--|-------------------|---|---|---|
| Preenchimento Obrigatório | Distrito | | | | | | | |
| | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | Ano escolar: | | Idade Cronológica | | | |
| | Local: | | | | Data Aval. | | | |
| | Paí | Escolar.: | Prof.: | | Data Nasc. | | | |
| | Mãe | Escolar.: | Prof.: | | IC | A | M | D |

RESPONDA A CADA QUESTÃO, MARCANDO COM UM CÍRCULO, O GRAU EM QUE O ALUNO APRESENTA CADA UM DOS COMPORTAMENTOS DESCRITOS, **TENDO EM ATENÇÃO OS ÚLTIMOS SEIS MESES.**

| NADA | POUCO | MODERADAMENTE | MUITO |
|------|-------|---------------|-------|
| a | b | c | d |

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | Revela-se excessivamente (...) | a | b | c | d |
| 2 | Tem dificuldades (...) | a | b | c | d |
| 3 | Aborrece ("chateia") frequentemente (...) | a | b | c | d |
| 4 | Distrai-se (...) | a | b | c | d |
| 5 | Exige satisfação (...) | a | b | c | d |
| 6 | Tem dificuldades (...) | a | b | c | d |
| 7 | Está "nas nuvens" (...) | a | b | c | d |
| 8 | Não termina (...) | a | b | c | d |
| 9 | É mal (...) | a | b | c | d |
| 10 | Nega os seus erros (...) | a | b | c | d |
| 11 | Frequentemente g... | a | b | c | d |
| 12 | Contesta (...) | a | b | c | d |
| 13 | Está const... | a | b | c | d |
| 14 | Discute | a | b | c | d |
| 15 | Tem " | a | b | c | d |
| 16 | Tem | a | b | c | d |
| 17 | É (| a | b | c | d |
| 18 | Relac | a | b | c | d |
| 19 | É inconsta | a | b | c | d |
| 20 | Aceita de má (...) | a | b | c | d |

EXEMPLO

ANEXO 5.
CARTAS DE FORMALIZAÇÃO PARA PEDIDO DE COLABORAÇÃO
COM AS ESCOLAS/AGRUPAMENTOS

Aveiro, 12 Março de 2008

ASSUNTO: **ADMINISTRAÇÃO DA PROVA EDAH - ESCALAS PARA A AVALIAÇÃO DA PERTURBAÇÃO POR DÉFICE DE ATENÇÃO COM HIPERACTIVIDADE**

Exmo(a). Senhor(a),

No âmbito do Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, a mestrandia Célia Marisa Almeida Lopes e seus orientadores Professora Doutora Ana Cardoso Allen Gomes e Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva, estabeleceram um Protocolo de Colaboração com a CEGOC – Centro de Estudos de Gestão e Organização Científica. Esta aliança visa a adaptação de um instrumento que possa ser utilizado em contextos portugueses - EDAH (*Escala para a Avaliação da Perturbação por Défice de Atenção com Hiperactividade*), cuja versão original é espanhola.

A adaptação e aferição desses instrumentos requerem a construção de normas a partir de grupos representativos da população portuguesa. É neste contexto que vimos solicitar a colaboração de V. Exa.

As *Escalas para a Avaliação da Perturbação por Défice de Atenção com Hiperactividade (EDAH)* têm como objectivo recolher informações sobre o comportamento de uma determinada criança. Trata-se de um questionário com 20 itens (por exemplo, *Distrai-se facilmente, revela pouca atenção*), em que é pedido ao(à) Professor(a) que assinale o grau em que determinado aluno apresenta cada um dos comportamentos descritos. No âmbito do projecto de adaptação da **EDAH**, necessitamos de incluir avaliações de crianças de várias regiões do País, desde o Norte ao Sul, incluindo população do Litoral e do Interior.

Tratando-se de um instrumento de grande utilidade em contexto escolar e clínico, e sendo cada vez mais utilizado no despiste do Défice de Atenção com Hiperactividade, vimos solicitar a V. Exa. autorização para contactar alguns dos professores da instituição que dirige, no sentido de lhes pedir que preencham o questionário relativamente a um conjunto de alunos, com os quais contactem frequentemente.

Gostaríamos de salientar que os resultados individuais são absolutamente confidenciais e destinam-se exclusivamente para fins de investigação.

Para dar seguimento a este projecto muito nos agradaria poder contar com a Vossa colaboração e agradecíamos uma resposta o mais brevemente possível.

Antecipadamente gratos pela colaboração de V. Exa., apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

Pl' A Equipa de Investigação

(Célia Lopes)

ANEXO 6.
FOLHA DE INSTRUÇÕES PARA OS PROFESSORES, PARA
PREENCHIMENTO DA EDAH
(ADAPTADA TENDO COMO BASE A FOLHA DE INSTRUÇÕES DA
CEGOC)

ASSUNTO: **ADMINISTRAÇÃO DA PROVA EDAH - ESCALA PARA A AVALIAÇÃO DA
PERTURBAÇÃO POR DÉFICE DE ATENÇÃO COM HIPERACTIVIDADE**

Exmo(a). Senhor(a) Professor(a):

No âmbito do Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, a psicóloga Célia Marisa Almeida Lopes encontra-se a desenvolver um trabalho de investigação que visa a adaptação de um instrumento que possa ser utilizado em contextos portugueses - EDAH (*Escala para a Avaliação da Perturbação por Défice de Atenção com Hiperactividade*), cuja versão original é espanhola.

A adaptação e aferição deste instrumento requer a construção de normas a partir de grupos representativos da população portuguesa. É neste contexto que vimos solicitar a colaboração de V. Exa.

A Escala (**EDAH**) tem como objectivo recolher informações sobre o comportamento de cada uma das crianças da turma. Trata-se de um questionário com 20 itens, em que é pedido ao(à) Professor(a) que assinale o grau em que determinado aluno apresenta, cada um dos comportamentos descritos.

Esta Escala apenas se aplica a alunos com idades compreendidas entre os 6 anos e os 12 anos e 11 meses.

ANTECIPADAMENTE GRATOS PELA COLABORAÇÃO DE V. EXA., PASSAREMOS A EXPLICAR A FORMA DE PREENCHIMENTO DO REFERIDO QUESTIONÁRIO:

| |
|---|
| 1) Preenchimento dos dados do cabeçalho: |
|---|

Ano Escolar:

Deverá referir obrigatoriamente se o(a) aluno(a) está matriculado(a) no 1º, 2º, 3º, 4º, 5º ou 6º ano e, se quiser, poderá colocar a turma (ex: Turma A).

Local:

Onde está “local”, deverá escrever o nome da escola em que dá aulas (por exemplo: EBI de Vouzela; 1º CEB de Fataunços, etc).

Escolaridade (Escolar.):

No caso da formação profissional e da formação superior deverá ser especificada a área. Por exemplo, não basta colocar *Licenciatura*, deverá especificar-se qual a área de formação (*Licenciatura em direito, Licenciatura em biologia...*).

Profissão (Prof.):

Recolher o máximo de informação possível para evitar situações duvidosas. Por exemplo, *funcionário público* – inclui desde o senhor que recolhe o lixo até ao Presidente da República; *Bancário* – inclui desde as pessoas que fazem atendimento ao público até o gerente de uma agência...

Esta informação será mais tarde convertida em categorias profissionais, de acordo com a classificação nacional de profissões.

Idade Cronológica:

Deverá escrever a data em que preenche o questionário (Data Aval.) e a data de nascimento do(a) aluno(a). Deverá começar por escrever o ano, depois o mês e, por fim, o dia (exemplo: 2008-03-31)

Em relação ao cálculo da idade cronológica (IC), não se preocupe com esta parte, que depois nós faremos os respectivos cálculos (pode colocar, se quiser, apenas a idade: por exemplo: 7 anos).

| |
|--|
| 2) Para preenchimento dos 20 itens: |
|--|

- Responda a cada questão, marcando com um círculo, o grau em que o(a) aluno(a) apresenta cada um dos comportamentos descritos, tendo em atenção os últimos seis meses. O “nada” corresponde ao grau 0; o “pouco” corresponde ao grau 1; o “moderadamente” corresponde ao grau 2 e o “muito” corresponde ao grau 3.
- É obrigatório preencher os 20 itens. Em caso de dúvida em relação a alguma das questões, coloque sempre um círculo no número (grau) que considera ser o mais aproximado.
- Não escreva qualquer informação adicional no questionário, apenas pretendemos que responda ao solicitado. Não se identifique nem o faça em relação aos alunos. Os resultados individuais são absolutamente confidenciais e destinam-se exclusivamente para fins de investigação.

BEM HAJA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 7.

**MODELO DE CARTAS DE AGRADECIMENTO ENTREGUES AOS
PROFESSORES E PRESIDENTES DOS CONSELHOS EXECUTIVOS DAS
ESCOLAS ENVOLVIDAS**

Ex.mo(a) Senhor(a) Professor(a)

A mestranda Célia Marisa Almeida Lopes e seus orientadores Professora Doutora Ana Cardoso Allen Gomes e Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva (Docentes da Universidade de Aveiro), vêm desta forma agradecer a Sua colaboração no Projecto de Adaptação do instrumento EDAH (*Escala para a Avaliação da Perturbação por Défice de Atenção com Hiperactividade*). Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico do Departamento de Ciências da Educação, da Universidade de Aveiro e está a ser desenvolvido em colaboração com a CEGOC – Centro de Estudos de Gestão e Organização Científica.

Pretendemos frisar que o Seu contributo revelou-se extremamente importante na adaptação de uma prova psicológica, para a população escolar portuguesa.

Pelo anteriormente referido, queremos deste modo expressar o nosso profundo reconhecimento pelo importante papel desempenhado pelo Senhor(a) Professor(a), nomeadamente, como Colaborador no preenchimento dos protocolos EDAH, respeitantes a alunos da escola onde lecciona.

Com os melhores cumprimentos,

Aveiro, 21 de Maio de 2008

Pl´A Equipa de Investigação

(Célia Lopes)

Ex.mo(a) Senhor(a) Professor(a)
Presidente do Conselho Executivo

Agrupamento de Escolas de _____

A mestranda Célia Marisa Almeida Lopes e seus orientadores Professora Doutora Ana Cardoso Allen Gomes e Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva (Docentes da Universidade de Aveiro), vêm desta forma agradecer a disponibilidade e atenção dispensadas, bem como a autorização que nos foi concedida para a participação de Professores do 1º e 2º ciclo da Vosso Agrupamento, no Projecto de Adaptação do instrumento EDAH (*Escala para a Avaliação da Perturbação por Défice de Atenção com Hiperactividade*). Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico do Departamento de Ciências da Educação, da Universidade de Aveiro e está a ser desenvolvido em colaboração com a CEGOC – Centro de Estudos de Gestão e Organização Científica.

Pretendemos frisar que o contributo do Vosso Agrupamento, mais especificamente dos Professores que participaram neste estudo, revelou-se extremamente importante na adaptação de uma prova psicológica, para a população escolar portuguesa, pelo que gostaríamos de agradecer a todos aqueles que aceitaram participar no Projecto de Adaptação.

Pelo anteriormente referido, queremos deste modo expressar o nosso profundo reconhecimento pela oportunidade que nos proporcionou de incluirmos na nossa amostra, protocolos de alunos da Vosso Agrupamento.

Com os melhores cumprimentos,

Aveiro, 21 de Maio de 2008

P'A Equipa de Investigação

(Célia Lopes)

ANEXO 8.
POSTOS PERCENTÍLICOS DE REFERÊNCIA
POR ANO ESCOLAR / IDADE – POR SEXO

Informação não disponível por conter dados confidenciais.